

Psihologie

Constantin Enăchescu

TRATAT de PSIHOSEXOLOGIE



Collegium

POI IBOM

Constantin Enăchescu, doctor în psihologie și în medicină, medic primar psihiatru, este profesor universitar la Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București. Predă următoarele discipline: psihanaliză și psihoterapie, psihosexologie, psihoigienă și sănătate mintală, psihopatologie și psihologie medicală.

Lucrări publicate: *Elemente de psihologie proiectivă* (Editura Științifică, București, 1973), *Expresia plastică a personalității* (Editura Științifică, București, 1975), *Psihologia activității patoplastice* (Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1977), *Socrate* (Casa Editorială Odeon, București, 1994), *Neuropsihologie* (Editura Victor, București, 1996), *Tratat de igienă mintală* (Editura Didactică și Pedagogică, București, 1996), *Experiența vieții interioare și cunoașterea de sine. De la Socrate la Freud* (Editura Fast Print, București, 1997), *Tratat de psihanaliză și psihoterapie* (ediția I, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1998; ediția a II-a, Editura Polirom, Iași, 2003), *Tratat de psihopatologie* (Editura Tehnică, București, 2001), *Tratat de psihologie morală* (Editura Tehnică, București, 2002), *Fenomenologia nebuniei* (Editura Paideia, București, 2003).

© 2003 by Editura POLIROM

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37;

P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

ENĂCHESCU, CONSTANTIN

Tratat de psihosexologie / Constantin Enăchescu – Iași: Polirom, 2003

320 p.; 24 cm (Collegium. Psihologie)

Bibliogr.

ISBN: 973-681-442-4

159.9:613.88

Printed in ROMANIA

Constantin Enăchescu

TRATAT
de
PSIHOSEXOLOGIE

Ediția a III-a revăzută și adăugită

POLIROM
2003

Cuprins

<i>Cuvânt înainte la Ediția a III-a</i>	7
<i>Cuvânt înainte la Ediția a II-a</i>	9
<i>Cuvânt înainte la Ediția I</i>	11

Partea I Psihosexologia normală

Capitolul 1. Domeniul psihosexologiei	17
Capitolul 2. Introducere în problema sexualității	22
Capitolul 3. Sfera sexualității	28
Capitolul 4. Instinctul sexual	35
Capitolul 5. Tipologiile sexuale	42
Capitolul 6. Comportamentul sexual	54
Capitolul 7. Activitatea erotică infantilă	65
Capitolul 8. Erotismul și viața sexuală la pubertate și în adolescență	71
Capitolul 9. Activitatea erotică și viața sexuală a adultului	77
Capitolul 10. Istoria revoluției cuplului	84
Capitolul 11. Psihosexologia cuplului	90
Capitolul 12. Situațiile de criză a cuplului	100
Capitolul 13. Sexualitatea la vârsta a treia	113
Capitolul 14. Aspectele psihosociale și transculturale ale vieții sexuale	121

Partea a II-a Patologia psihosexuală

Capitolul 15. Aspectele generale ale tulburărilor conduitelor sexuale	127
Capitolul 16. Complexele psihosexuale	137
Capitolul 17. Manifestările psihosexuale la granița dintre normal și patologic	145
Capitolul 18. Clasificarea tulburărilor psihosexuale	152
Capitolul 19. Tulburările endocrino-sexuale	156
Capitolul 20. Tulburările de personalitate sexuală	161

Capitolul 21. Tulburările de dinamică sexuală	168
Capitolul 22. Perversiunile și devianțele sexuale	176
Capitolul 23. Terapeutică tulburărilor sexuale	183
Capitolul 24. Educația sexuală și psihoigiena cuplului sexual	193
Capitolul 25. Aspectele medico-legale ale sexualității	200

Partea a III-a Antropologie psihosexuală

Capitolul 26. Domeniul antropologiei sexuale	207
Capitolul 27. Mit și inițiere în sexualitate	212
Capitolul 28. Semnificația modelelor psihosexuale	220
Capitolul 29. Interdicție, angoasă, culpabilitate	227
Capitolul 30. Libertate și sublimare	232
Capitolul 31. Sancțiuni și comportament sexual	236
Capitolul 32. Sacral și sexualitatea	241
Capitolul 33. Aspectele sexualității în societatea modernă și post-modernă	245

Partea a IV-a Studii de caz

Capitolul 34. Cazuistica medico-psihologică în psihosexologie	253
Capitolul 35. Semnificația modelelor de narațiune clinică în psihosexologie	258
Capitolul 36. Conflictele oedipiene și dificultățile de identificare	269
Capitolul 37. Maternitatea ca formă de împlinire ideală a sexualității	276
Capitolul 38. Psihobiografia vieții sexuale și tulburările ei	288
<i>Glosar de termeni</i>	303
<i>Bibliografie selectivă</i>	311

Cuvânt înainte la Ediția a III-a

Tratatul de psihosexologie reprezintă o nouă versiune a edițiilor anterioare ale *Psihosexologiei*, prezentată într-o formă mult revizuită și cu numeroase adăugiri.

Importanța și actualitatea problemelor ce constituie domeniul *psihosexologiei*, precum și interesul deosebit manifestat atât de studenții ce au audiat aceste cursuri, cât și de un larg public ne-au îndemnat să reluăm această lucrare, pe care am dezvoltat-o sub formă de *Tratat*.

Fără a aduce modificări modelului structural de bază al lucrării inițiale cu caracter didactic, care prin intenția sa primară trebuie să rămână un manual de studiu universitar, i-am adăugat numeroase informații, căutând ca prin aceasta să fie, în egală măsură, utilă atât studenților, cât și specialiștilor din domeniile medicinei, psihologiei, psihanalizei, pedagogiei, sociologiei, științelor juridice.

Capitolele existente în edițiile anterioare au fost revăzute și în cea mai mare parte completate, adăugându-se câteva capitole noi. În forma sa actuală, *Tratatul de psihosexologie* este structurat în patru secțiuni: I) *Psihosexologia normală*, II) *Patologia psihosexuală*, III) *Antropologia psihosexuală*, IV) *Studii de caz*. Lucrarea se bazează pe datele existente în literatura științifică de specialitate, la care am adăugat numeroase date de observație medico-psihologică sub forma unor *studii de caz* comentate. Ele reprezintă experiența profesională personală în acest domeniu, ca psiholog și medic psihiatru.

Întrucât *psihosexologia* este unul dintre cele mai încărcate de semnificație domenii ale științelor umane, cu o istorie personală paralelă cu istoria culturală și spiritul moral al umanității, am căutat ca prezenta lucrare să se situeze pe o poziție de neutralitate, dincolo de orice fel de bariere, prejudecăți, resentimente sau exagerări de vulgarizări de ordin social, moral sau educativ. Fenomen specific uman, *psihosexologia* trebuie tratată și înțeleasă cu seriozitate și cu atenția cuvenită unui domeniu atât de vulnerabil pentru a putea accede, prin intermediul ei, la înțelegerea celui aspect al *întâlnirii interpersonale* reprezentat de *intimitate*. Acest domeniu, ce se împlinește total prin sexualitate, depășește în cazul persoanei *instinctul sexual*, pe care-l plasează în sfera interioară a *erosului*, construind o relație interpersonală unică, ce întâi unește și în final unifică printr-o interioritate reciprocă cele două sexe. Astfel, *sexualitatea* devine prin *eros* o parte importantă a comunicării dintre două persoane, cu largi perspective de progres și împlinire comună. Toate aceste aspecte ne obligă să tratăm psihosexologia cu obiectivitate și seriozitate, așa cum am încercat să o facem în lucrarea noastră. Aspectele de *patologie psihosexuală* și, în special, *studiile de caz* (prezentarea și comentarea lor) reprezintă *modelele negativ-eșuate* ale acestei *relații de întâlnire/conviețuire*, care urmăresc să susțină și să explice semnificația profund umană a *erosului sexual*.

Sperăm ca forma prezentei ediții să fie o completare utilă și substanțială în raport cu edițiile anterioare, răspunzând astfel interesului și cerințelor științifice și didactice ale celor cărora li se adresează, precum și o sursă de orientare și informație pentru cei interesați de aceste probleme.

Partea I

Psihosexologia normală

- *Domeniul psihosexologiei*
- *Introducere în problema sexualității*
- *Sfera sexualității*
- *Instinctul sexual*
- *Tipologiile sexuale*
- *Comportamentul sexual*
- *Activitatea erotică infantilă*
- *Erotismul și viața sexuală la pubertate și în adolescență*
- *Activitatea erotică și viața sexuală a adultului*
- *Istoria revoluției cuplului*
- *Psihosexologia cuplului*
- *Situațiile de criză a cuplului*
- *Sexualitatea la vârsta a treia*
- *Aspectele psihosociale și transculturale ale vieții sexuale*

Capitolul 1

Domeniul psihosexologiei

Interesul pentru sexualitate are aceeași vechime ca istoria civilizației. Fiecare epocă istorică și fiecare societate au avut reprezentările lor despre sexualitate și modelele lor specifice de utilizare a sexualității. Fiind unul dintre instinctele fundamentale, încă de la începuturile sale, sexualitatea a fost pusă sub semnul unor *interdicții* cu valoare de norme morale, religioase și socioculturale.

Trecerea de la *viața în natură* (*physis*) la *viața în cetate* (*polis*) sau de la *sălbăticie* la *civilizație* a produs mutații profunde atât în natura persoanei, cât și în modul de viață al comunităților socioumane. Claude Lévi-Strauss acordă o importanță majoră sexualității în procesul de trecere de la *physis* la *polis*, afirmând că „Sexualitatea umană reprezintă domeniul fundamental grație căruia, prin care și, mai ales, în care se desăvârșește trecerea de la natură la cultură”. Reprimarea instinctului sexual de către normele moral-religioase și socioculturale marchează intrarea omului în istorie. Din acest moment, utilizarea instinctului sexual se va face conform unor norme și prescripții stricte, contribuind, în felul acesta, dincolo de simpla și exclusivă *perpetuare a speciei*, și la *progresul individului și al comunității social-umane*.

Aflată o lungă perioadă istorică sub semnul interdicției normelor morale și religioase, sexualitatea se constituie ca domeniu științific al științelor umane destul de târziu, impunându-se însă rapid ca un domeniu teoretic și ca o practică medico-psihologică cu o individualitate bine delimitată.

Deși astăzi „sfera sexualității” este disputată de numeroase specialități, dând adesea prin aceasta naștere la confuzii și interpretări sterile, neștiințifice și, de multe ori, chiar vulgare, ea reprezintă un domeniu în care-și dau întâlnirea interdisciplinară: medicina (endocrinologia, ginecologia și andrologia, neurologia și psihiatria), psihologia, igiena mintală, pedagogia, morală, religia, cultura, sociologia, antropologia. În fața acestor numeroase *interferențe științifice*, ne punem în mod firesc întrebarea dacă se poate vorbi despre o autentică *știință a sexualității* sau ea reprezintă un domeniu artificial construit de specialiști.

Psihosexologia este o știință medico-psihologică net delimitată. Multiplele sale *interferențe interdisciplinare* nu o dizolvă, ci îi consolidează și justifică domeniul. Faptul că s-a construit din punct de vedere istoric mult mai recent în comparație cu domeniile mai sus amintite nu-i anulează legitimitatea, ci o *separă* de aceste domenii, afirmându-i *individualitatea*. În plus, din punct de vedere practic, constituirea

psihosexologiei ca știință individuală a făcut posibilă delimitarea precisă a obiectului acesteia, căpătând o *fundamentare științifică teoretică* și, ceea ce este deosebit de important, să se impună ca un domeniu de *activitate practică medico-psihologică și psihanalitică*. Pentru a putea înțelege această evoluție, să întreprindem o scurtă incursiune în procesul istoric de constituire a psihosexologiei.

Psihosexologia își revendică substanța, ca domeniu de cunoaștere științifică, din multiple surse: etnologie, morală și religie, pedagogie, psihologie și psihanaliză, medicină. Deși obiectul său îl reprezintă *instinctul sexual* și comportamentul uman legat de el, existența acestor surse multiple se explică prin faptul că *instinctul sexual* reprezintă una dintre *pulsiunile primare*, fundamentale, cele mai importante ale ființei umane, care se identifică cu *principiul vital* al conservării individului și a speciei, cu însăși *rațiunea de a fi* a persoanei. Dar acest *principiu vital*, având un caracter universal, devine astfel o formă de manifestare colectivă a conduitelor social-umane. În consecință, se impune o strictă normare a *utilizării*. Modelarea socioculturală și moral-religioasă a plasat de la început sexualitatea în sfera *modelelor sociale*, ca domeniu al antropologiei comparate. Fiecare dintre disciplinele individuale mai sus menționate ca surse ale psihosexologiei privește însă numai un singur aspect al acesteia, din punctul său de vedere.

Faptul de a avea ca surse, în primul rând, domenii strict aparținătoare științelor umane reprezintă încă un aspect esențial al sexualității. Trecerea de la *sălbăticie* la *civilizație* sau de la *physis* la *polis* a produs o mutație esențială în sfera instinctului sexual. Fiind la originea sa *pulsiune primară*, prin procesul de *culturalizare*, sexualitatea umană devine *atracție erotică*, fiind, în felul acesta, transferată din inconștient în Supra-Eu, fapt care a făcut ca *pulsiunea* să fie dublată de o *valoare morală*.

Înțelegem din acest moment că istoricul constituirii psihosexologiei ca disciplină independentă a fost precedat de *modelarea instinctului sexual* de la *pulsiune* la *sentiment* sau de la *instinctul irațional* la *iubire*. Această etapă istorică definește constituirea cultural-valorică a psihosexologiei ca știință umană. Să ne oprim un moment asupra *precursorilor* sau a *surselor* psihosexologiei. În sensul acesta, distingem următoarele surse:

1. *etnologia*, care fixează cutume și variațiile culturale legate de atitudinea față de sex și conduitele sexuale în cadrul unui grup etnocultural. Din *etnologie* s-a desprins *sexologia comparată* sau *sexologia transculturală*;
2. *morală*, care a fixat și a atribuit valoare sexualității, dublând instinctul cu iubirea și fixând norme și interdicții în ceea ce privește regimul de utilizare a sexualității;
3. *pedagogia*, care construiește și prescrie *modele de sexualitate* ce devin reguli obligatorii pentru toți membrii grupului social, în care funcționează principiile acesteia. Ea formează și educă *modelele-tip* de conduite sexuale acceptate în aria socioculturală respectivă. În egală măsură, previne și reprimă *modelele negative* de conduite sexuale deviante;
4. *psihologia*, una dintre sursele importante ale psihosexologiei, constituind chiar o latură importantă a acesteia. Ea descrie și explică natura pulsiunilor sexuale, mecanismele acestora, relațiile dintre partenerii cuplului etc. Psihologia instinctului

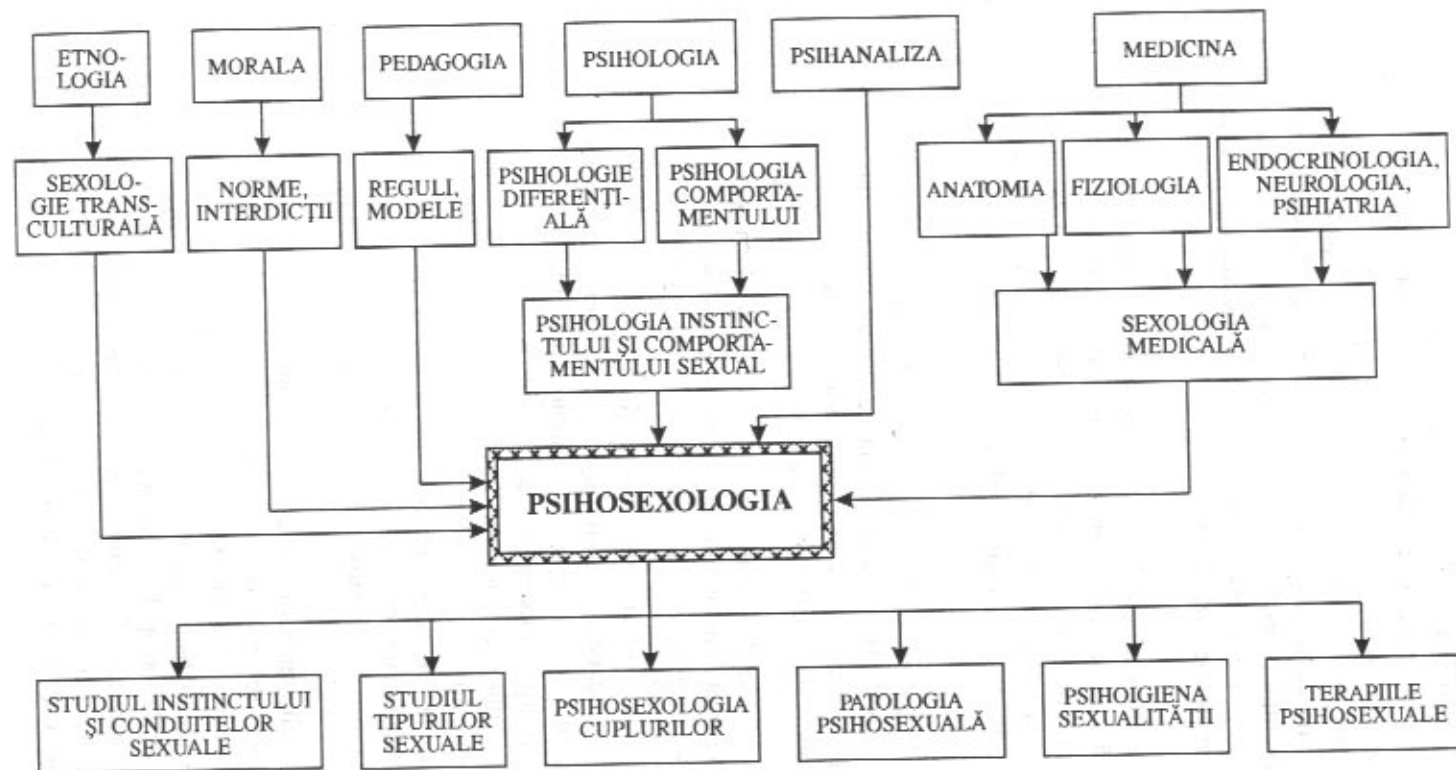
și a comportamentului sexual, ca sursă importantă a psihosexologiei, se constituie din două domenii ale psihologiei : psihologia diferențială a vârstelor și psihologia generală a comportamentului ;

5. *medicina*, una dintre sursele la fel de importante pentru psihosexologie ca și psihologia. Medicina contribuie la edificarea aspectelor biologice, normale și patologice ale sexualității, constituite în *sexologia medicală*, care descrie aspectele normale și patologice, din punct de vedere medical, ale sexualității. Ea reprezintă sinteza datelor de anatomie, fiziologie, endocrinologie, ginecologie și andrologie, neuropsihiatrie ;
6. *psihanaliza*, una dintre sursele cele mai importante și mai directe ca implicare, în formarea teoretică și practica curentă a psihologiei. Reunind atât aspectele psihologiei, cât și pe cele ale medicinei, psihanaliza descrie și explică dinamica pulsionilor erotico-sexuale, mecanismele lor în stare de normalitate sau de devianță, oferind, în egală măsură, cadrul practicii psihoterapeuticii acestor tulburări.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că fiecare dintre *sursele* mai sus prezentate își aduce contribuția sa specifică la edificarea domeniului științific al *psihosexologiei* (vezi schema de mai jos), fără însă ca acestea să se subordoneze unele altora, fiecare domeniu având direcția sa teoretică și practică de aplicabilitate.

Domeniul *psihosexologiei*, la rândul său, ne dezvăluie o complexitate de direcții de orientare științifică a problemelor pe care le are ca sarcină de abordat. Menționăm în sensul acesta următoarele *sectoare teoretice și practice* ale psihosexologiei :

1. studiul instinctului și al conduitelor psihosexuale ;
2. studiul tipurilor psihosexuale, al diferențelor dintre sexe, al particularităților acestora și al variațiilor lor în raport cu psihobiografia individului ;
3. psihosexologia cuplurilor : modalitatea de alegere a partenerului, formarea și dinamica cuplului, statut și rol, ierarhii interioare, comunicare, atmosferă emoțională, disfuncționalități etc. ;
4. patologia psihosexuală, ce ocupă un loc aparte, de o maximă importanță în psihosexologie. Sunt studiate devianțele de comportament psihosexual, tulburările de dinamică sexuală, psihotraumatismele vieții erotico-sexuale, complexe, stările nevrotice etc. ;
5. psihoigiena sexualității, reprezentând o dublă acțiune : pe de o parte, ea este o formă de educare-formare a atitudinilor față de sexualitate și a conduitelor sexuale, iar pe de altă parte, reprezintă totalitatea metodelor și prescripțiilor de prevenire și corectare a devianțelor psihosexuale, individuale sau colective ;
6. *terapeutică psihosexuală* – scopul practic al psihosexologiei, ce reunește totalitatea măsurilor de restabilire a disfuncțiilor sexuale, a devianțelor psihosexuale etc. Sunt folosite în scopul acesta consilierea, educația psihosexuală, psihoterapiile individuale, în special de factură psihanalitică, terapiile prin sugestie, metode medico-psihiatrice etc.



Aspectele mai sus prezentate, privind natura și formarea domeniului științific al psihosexologiei, ne evidențiază sfera unor aspecte umane, individuale sau colective de o maximă importanță, dar și deosebit de *delicate* prin natura lor. Foarte multe dintre tulburările de factură nevrotică sau psihosomatică își au originea în disfuncțiile din sfera sexualității. Sexualitatea reprimată de factorii de cenzură ai modelului sociocultural (morală, religie, cultură etc.) este asociată cu sentimentele psihomorale de rușine, vinovăție, frică. Din aceste considerente, ideea unei *suferințe sexuale* este reprimată de însuși cel care prezintă acest tip de tulburări. Asemenea *cazuri* ajung greu și târziu la medic sau psiholog, motiv pentru care practica psihosexologiei se dovedește a avea un caracter particular.

Poate fi oricine autorizat să practice psihosexologia? Iată o întrebare care se dovedește a fi la fel de delicată și complicată ca și domeniul acestei științe. Sunt necesare, în mod absolut obligatoriu, calitățile morale, tactul și delicatețea, discreția, capacitatea de a capta pacientul și de a-i da încredere și siguranță în persoana terapeutului.

Un aspect la fel de important în ceea ce privește *percepția socială a sexualității* este reprezentat de mass-media. Publicitatea, reclama, propaganda, spectacolele care fac din *sexualitate* un *instrument de manipulare a maselor* se dovedesc a fi extrem de nocive. Acest instrument se cultivă, în scopul obținerii unor interese, a unor *modele negative* sau a unor *antimodele* cu efect psihotraumatizant asupra grupurilor de indivizi, în special în rândul tineretului, al adolescenților. Alterarea moravurilor prin devalorizarea normelor de viață socială sfârșește prin a duce la devalorizarea persoanei, ceea ce va avea drept consecință violența, criminalitatea, abuzul de droguri și alcool, toate manifestări ale unor *eliberări pulsionale primare*, scăpate de sub cenzura valorilor și normelor socioculturale și moral-religioase. În aceste condiții, psihosexologia are ca sarcină restabilirea stării de *ordine și echilibru* individual și colectiv, așa cum vom arăta în continuare în lucrarea noastră.

Reținem deocamdată faptul că psihosexologia, ca știință medico-psihologică, are un caracter specific, net delimitat, ocupând o poziție importantă în sfera științelor umane. Studiul acestei științe, precum și practica sa reprezintă expresia unui factor de progres și maturizare socială, specific societăților cu o civilizație dezvoltată.

Capitolul 2

Introducere în problema sexualității

Sexologia a fost definită în moduri diferite, în funcție de atitudinea pe care societatea o are față de această problemă. De aceea, se poate vorbi despre o dimensiune „istorică” a modului de a interpreta și defini *sexualitatea* și *sexologia*.

Pentru A. Hesnard, de pildă, sexologia este știința sexualității care are ca obiect ansamblul de fapte biologice și, în special, umane, în raport direct cu noțiunea de „sex”.

În acest caz, trebuie avute în vedere două aspecte, și anume :

- a) noțiunea de *sex*, ce desemnează o conformație particulară a ființelor vii, care îi asigură un rol special în actul de procreație, sau ansamblul de caractere fizice, intelectuale sau morale ce-i disting unul de altul, pe bărbat de femeie ;
- b) noțiunea de *sexualitate*, care desemnează ansamblul de fapte biologice în raport cu procreația și procesele preparatorii ale procreării, considerate nu numai în afara individului, ci chiar și în el însuși.

Rezultă din cele mai sus menționate faptul că sexologia este un domeniu în care și dau întâlnire discipline diferite, după cum urmează :

- *biologia*, care analizează aspectele pur anatomice, fiziologice și genetice ale particularităților fiecărui sex în parte, precum și diferențele dintre sexe ;
- *medicina*, care analizează aspectele morfo-fiziologice normale și patologice ale sexualității (neurologie, endocrinologie, ginecologie, obstetrică), aspectele patologice pure și tratamentul acestora ;
- *psihologia*, care studiază comportamentul sexual, motivațiile lui, sentimentele erotice și pulsunile sexuale, corelațiile psihosexuale. În sensul acesta, se disting două direcții, și anume : P. Janet consideră instinctul sexual ca pe oricare altă „trebuință” organică, iar S. Freud dezvoltă o teorie „pansexualistă” punând la baza vieții psihice libidoul, în care vedea concentrată pulsunea erotico-sexuală.

Pe baza celor de mai sus, A. Hesnard formulează o definiție a *instinctului sexual*, în sensul următor : „Instinctul sexual este ansamblul de fapte biologice, organice și funcționale, fiziologice și psihice, obiective și subiective, traducând la individ o anumită activitate vitală sau o impulsională care, atunci când e suficient de exteriorizată în comportament, conduce către atracția spre un alt individ de sex opus, având ca urmare o relație sexuală cu plăcerea specifică ei”.

Astfel, rezultă faptul că sexualitatea are mai multe aspecte, care au fost diferențiate în felul următor (A.M. Freedman, H.I. Kaplan, B.J. Sadock):

- influențe importante din partea modelului sociocultural referitoare la „deschiderea” sau „restricția” problemei sexualității în sfera socială a comunicării, artei, educației etc.;
- mișcările actuale vizând schimbarea mentalității sociale față de homosexualitatea masculină sau feminină, considerată până de curând ca o boală;
- creșterea interesului pentru cercetările privind sexualitatea, dezvoltarea și tulburările de sexualitate, precum și adoptarea unor măsuri terapeutice noi în acest domeniu;
- apariția unor metode terapeutice noi, cu efecte superioare celor din trecut;
- crearea și funcționarea unor organizații profesionale care au ca obiect educația sexuală, psihoprofilaxia și terapia tulburărilor instinctului sexual;
- acceptarea de către medicină a sexualității ca domeniu de investigare și terapie.

Sexualitatea este „un instinct asociat cu spiritul, exprimând prin aceasta dezvoltarea, descoperirea, creșterea și expansiunea vieții însăși” (F. Antonini).

Acest aspect nu este niciodată perceput și trăit integral, din cauza faptului că asupra sexualității se exercită o „multitudine de represii”, în primul rând de ordin moral și religios. Din aceste motive, atât individul, cât și grupul social au o permanentă tendință de a sublima instinctul sexual.

În cazul culturii occidentale, asistăm nu la reprimarea sexului, ci a unității dintre sex și sentiment. F. Antonini scrie că „marile iubiri ale istoriei occidentale, Paolo Malatesta și Francesca da Rimini, Othello și Desdemona, Romeo și Julieta, Heloise și Abélard, sfârșesc rău din pricină că Occidentul a blestemat dragostea în expresia ei completă”.

Istoria sexualității este dublă: pe de o parte, este o *istorie a reprimării* sau o „istorie culturală” a sexualității, iar pe de altă parte e o *istorie a sublimării* sau o „mitologie” a sexualității. Mitologia sexualității este o istorie „sublimată” a sexului.

Admițându-se complementaritatea sexelor, rezultă ideea unei forme primordiale unice, asexuate, reprezentate prin „androgen” (M. Eliade, J. Evola), în componența căruia intrau: *bărbatul*: spiritul, forma, unul; *femeia*: materia, pământul, dualul.

Această temă este prezentă în toate mitologiile. De pildă, la chinezi, cele două elemente, masculin și feminin, corespund principiilor Yin și Yang, respectiv „lumina/întunericul”, „caldul/recele”, „Luna/Soarele”.

C.G. Jung distinge în cadrul personalității umane două părți: *animus*, lumea masculină, dar și *imago*-ul masculinului care trăiește în femeie; *anima*, lumea feminină, dar și *imago*-ul feminin ce trăiește în bărbat.

Acest punct de vedere concordă cu mitologia diferențelor dintre bărbat și femeie: *bărbatul*, ca element unitar, ca spirit și cer, simbolul forței, inteligenței și dominației; *femeia*, ca element diadic, ca pământ și materie, simbolul fragilității, al pasiunilor emoționale și submisivității.

În sfera mitologiei și artei culturale indiene, imaginea simbolico-mitologică a sexelor este următoarea :

- *femeia*, reprezentată cu talia subțire și șolduri largi, fese ample, late și proeminente, coapse puternice, glezne fine, sânii turgescenți, ochii mari, gura cărnoasă și senzuală, nasul mic, părul lung ;
- *bărbatul*, reprezentat ca războinic, cu bazinul îngust, umerii lați, fața serioasă, dar nu severă, cu privirea inspirată și mâna fermă.

Acestea sunt imaginile erotico-estetice ale sexualității. Alături de ele coexistă și alte imagini cu semnificație erotico-instinctivă, cum ar fi : în cazul bărbatului notăm ca prezențe : zeul Pan, Priap, Bachus, Cupidon, Adonis, toate aceste „imagini-simbol” având ca semnificație sentimentul de posesiune ; în cazul femeii notăm ca prezențe : nimfele, bacantele, Venus, Leda, Danae, toate fiind „imagini-simbol”, care au ca semnificație sentimentul de seducție.

Din cele mai sus menționate, se poate desprinde complexitatea problemei istoriei ideilor în domeniul sexologiei. În privința aceasta, M. Foucault distinge două direcții net diferite, și anume : *istoria sexualității*, pe de o parte, iar pe de altă parte, *istoria sexologiei*. Le vom prezenta pe rând în cele ce urmează.

Istoria sexualității

M. Foucault notează faptul că, din punct de vedere istoric, există două atitudini față de sex, și anume :

1. *Ars erotica* – cea care pune accentul pe plăcere considerată ca o practică, o experiență ce duce la un tip anumit de cunoaștere secretă, intimă. Efectele acestora constau în următoarele : stăpânire absolută asupra trupului ; voluptate ; uitare a timpului și a limitelor sale ; alungarea perspectivei morții ;
2. *Scientia sexualis* – cea care apare ulterior și este o replică a celei dintâi. Ea derivă sau se formează din „ritualurile de mărturisire” impuse de creștinism, ce urmăreau „controlul” activității și al comportamentului sexual. În sensul acesta, se desprind două momente : momentul religios, legat de mărturisirea comportamentului sexual ca „păcat” în raport cu prescripțiile moralei creștine, momentul medical, constând în mărturisirea comportamentului sexual ca „perversitate”, ca boală în raport cu cadrele normalității medicale.

Problematizarea morală a plăcerilor i-a preocupat pe vechii greci, care au deosebit patru tipuri de conduite sexuale, având ca semnificație un conținut moral :

- a) *Aphrodisia*, care consideră comportamentul sexual ca substanță etică, sursă a plăcerii ;
- b) *Chresis*, modul de folosire a sexualității, tipul de constrângere căreia practicarea plăcerilor trebuie să i se supună pentru a fi valorificată moralicește ;
- c) *Enkratia*, care constă în stăpânirea sexualității pentru a te putea constitui subiect moral ;

d) *Sophrosyné*, constând în cumpătare, moderație, caracteristică pentru subiectul moral în îndeplinirea sa.

Cele mai sus menționate corespund celor patru tipuri de experiențe morale, și anume: *ontologia*, *deontologia*, *ascetica* și *teologia*.

Grecii au fost printre primii ce au încercat să impună norme care să stabilească un echilibru între *comportamentul sexual* și *morală*. Pentru ei, „comportamentul sexual” este un domeniu al moralei practice sub forma „*aphrodisiei*”. În sensul acesta, s-a stabilit o strategie privind practica sexualității, care consta din următoarele: măsura și momentul, cantitatea și oportunitatea, stăpânirea de sine și exercițiul puterii.

Este vorba, după cum se poate vedea, de trei *tehnici ale Sinelui*: *dietetica*, *economicul* și *erotica*, toate având un substrat moral care caută să instituie un model unic de conduită, obligatoriu pentru toți. Le vom analiza pe rând.

Dietetica reprezintă o formă de cumpătare definită prin practicarea măsurată și la timpul potrivit a *aphrodisiei*.

Economicul reprezintă o formă de temperanță determinată de un anumit regim de normare a puterii și autorității soțului asupra femeii, căreia îi acordă privilegiul organizării gospodăriei, condiție a echilibrului, continuității și durabilității vieții de familie.

Erotica este normarea temperanței, a respectului libertății și utilizării sexuale în timp privind cantitatea și oportunitatea.

Epocile modernă și contemporană au adus importante mutații în sfera comportamentului sexual. J. Evola notează faptul că „în nici o altă epocă, femeia și sexul n-au stat, ca acum, în primul plan”. Femeia și sexualitatea domină mass-media: literatura, teatrul, cinematografia, presa etc. Ea este prezentă sub multiple aspecte „pentru a-l atrage și intoxica fără încetare, din punct de vedere sexual, pe bărbat” (J. Evola).

S-a creat chiar un anumit „tip feminin” seducător și excitant, care exercită o „funcție socială” specifică în sensul menținerii unei stări de tensiune erotică permanente. Acest tip apare sub forma „starurilor” de cinema, a „reginelor frumuseții”, a „top-modelelor” caselor de modă, făcându-li-se o largă publicitate în presă, TV, cinema, sfera puterii.

Alături de „tipul feminin” este lansat de mass-media, cu aceeași forță, „tipul masculin”, al bărbatului agresiv, dominant și posesiv, tipul athletic, viguros și cuce-ritor, „star” al aventurilor și al brutalității, căruia nimic și nimeni nu-i rezistă.

Asistăm în această situație la ceea ce J. Evola numește „pandemia modernă a sexului”, care a „impregnat sfera psihică producând în ea o gravitație constantă și insistentă în direcția femeii și a dragostei”.

Atmosfera socială este puternic impregnată de o excitație sexuală cronică și difuză, care scapă complet de sub controlul social-juridic, moral, religios, pătrunzând în toate mediile sociale și, în special, în cel al tineretului. Acesta va asocia cu ușurință și alte „descărcări pulsionale”, adăugând libertinajului sexual apetența pentru alcool și droguri, dar mai cu seamă violența.

Imaginea generală este cea a unei profunde crize psihosociale de ordin moral, în care mecanismele de cenzură devin inoperante, iar eliberarea manifestărilor instinctuale capătă o formă haotică, aberantă, degenerând în conduite de tip antisocial, sociopatic sau pur psihopatologice.

Acestea sunt, în primul rând, consecințele unor defecte de educație, ale unor crize ale modelului sociocultural, care prin devalorizarea valorilor moral-religioase și sociale creează o „anticultură” cu dezastruoase efecte pentru societate.

Comportamentul sexual încetează de a mai fi supus normelor social-juridice și moral-religioase, el devenind o formă aberantă de manifestare.

Istoria sexologiei

Deși, așa cum s-a arătat, preocupările pentru sexualitate sunt foarte vechi, sexologia s-a constituit ca știință relativ recent, ca urmare a parcurgerii mai multor perioade (A. Hesnard) :

1. *perioada preștiințifică*, dominată de preocupări de ordin biologic, începute încă din Renaștere (L. da Vinci), continuate de teoria lui Homunculus în secolele al XVIII-lea și al XIX-lea (Buffon, De Graaf, Lamark, Darwin) ;
2. *perioada științifică*, inaugurată de studiile clinice ale lui J.M. Charcot asupra isteriei, urmate de teoria degenerării a lui Norel și Magnan. C. Lombroso dezvoltă această din urmă teorie insistând în studiile sale privind criminalitatea, prostituția și perversiunile sexuale asupra fenomenelor atavice, stigmatelor anatomice și psihice de degenerare etc. Ulterior, problema este reluată pe criterii clinice de A. Forel și E. Régis.

Primele observații medicale de ordin patologic privind sexologia le aparțin lui E. von Krafft-Ebing, Moll, Raffalovith, Näcke ;

3. *perioada sexologiei științifice*, care constă în cunoașterea și studierea conduitei sexuale sub aspect biopsihosocial, insistându-se asupra primelor măsuri de educație, igienă și psihoprofilaxie.

În această perioadă, se remarcă următoarele personalități și curente științifice :

- a) H. Ellis studiază fazele evoluției sexuale, auto- și aloerotismul, deviațiile sexuale, sentimentele sexuale, periodicitatea conduitei sexuale, starea mintală a femeii gravide etc. Acest autor nu are însă un sistem complet constituit ;
- b) E. von Krafft-Ebing studiază patologia psihiatrică sexuală în celebrul său tratat *Psychopathia sexualis*, în care descrie și clasifică perversiunile sexuale ;
- c) S. Freud include sexologia în sfera psihanalizei. El vorbește despre sexualitatea infantilă, tendințele incestuoase la om, relația dintre inhibiția sexualității și nevroze, psihoze sau anomalii de caracter ;
- d) G. Maranon face o sinteză a sexologiei, integrând datele ținând de sexo-morfo-fiziologie celor ale endocrinologiei ;
- e) la cele mai sus menționate mai trebuie adăugate preocupările de etnologie comparată a comportamentului sexual, prezente în unele lucrări ale lui B. Malinowski, M. Hirschfeld, S. Freud, L. Lévy-Bruhl ;

4. un ultim domeniu e reprezentat de relațiile dintre sexologie și demografie. Problema este larg tratată în literatura românească medicală de G. Banu în tratatul său de medicină socială. Aspectele aduse în discuție în această privință sunt rasa, relația dintre sexualitate și degenerescență (A. Morel, V. Magnan, C. Lombroso) și cele legate de „igiena rasei”, reprezentată prin măsurile de eugenie. Aceste aspecte exprimă atitudinea și punctul de vedere ale modelului de gândire medicală din deceniile doi și trei ale secolului XX (asupra cărora vom mai reveni).

Capitolul 3

Sfera sexualității

Când vorbim despre sexualitate, ne referim la un concept larg, în sfera căruia intră multiple aspecte pe care majoritatea autorilor le desemnează sub denumirea de „sistemul sexual” (Freedman, Kaplan, Sadock).

După Lief, sistemul sexual trebuie considerat în același mod în care privim oricare alt sistem de organizare morfo-fiziologică specializată a economiei generale a organismului uman. Pentru autorul menționat, sistemul sexual se compune din: *sexul biologic* – cromozomi, hormoni, caracterele sexuale primare și secundare; *identitatea sexuală*, în sensul de masculinitate și feminitate, din punct de vedere biologic; *identitatea partenerilor*, în sensul de bărbat și femeie, din punctul de vedere al rolurilor psihologice în sfera sexuală; *comportamentul și rolul sexuale*, în care intră, pe de o parte, comportamentul sexual (comportamentul motivat prin dorința de plăcere sexuală sau orgasm), iar pe de altă parte, comportamentul partenerilor (comportamentul cu conotații masculine și feminine).

Vom dezvolta aceste aspecte în continuare.

Sexul biologic

Sexul biologic este determinat de structura genetic-cromozomială a fiecărui individ. Codul genetic al fiecăruia e transmis ereditar de către părinți.

Condițiile de viață embrionară sunt de primă importanță în procesul de dezvoltare și diferențiere sexuale. Deficiența sau excesul de hormoni materni, infecțiile virotice, traumatismele, intoxicațiile, deficiențele de nutriție sau stresul matern pot afecta dezvoltarea fătului.

Se consideră că programul de combinație cromozomială XX sau XY acționează în procesul de diferențiere gonadică în direcția ovariană sau testiculară.

S-a stabilit faptul că, în cazul unei absențe totale a hormonilor gonadali, fătul se diferențiază în direcția feminină. Din aceste motive, se consideră că fătul primordial este feminin. Acest aspect contrazice „mitul creației”, întrucât argumentele biologiei demonstrează că „Eva îi precedă lui Adam”. Secreția sau absența testiculară contribuie la programarea viitorului comportament sexual.

Anormalitățile sexului biologic pot fi minore sau majore. Acestea pot duce la probleme de intersexualitate de diferite grade sau la conflicte în ceea ce privește identitatea partenerilor.

Identitatea sexuală

Identitatea sexuală se bazează pe identitatea partenerilor sau a genitorilor. Ea poate fi definită ca reprezentând o înclinație fie către masculinitate, fie către feminitate.

Impresia de lipsă de masculinitate sau de feminitate este influențată, mai mult sau mai puțin, de ambianță, de familie, părinți sau rude.

Un rol important îl au hormonii androgeni în organizarea la făt a viitorului comportament masculin (în cazul în care androgenii sunt prezenți) sau a comportamentului feminin (în cazul în care androgenii sunt insuficienți). Aceștia determină sexul nou-născutului.

Ambiguitatea sexuală este legată de aspectele biológico-endocrine și familiale, acestea reprezentând elementele psihologice și de dezvoltare ulterioară a identității.

Identitatea partenerilor

Aceasta, spre deosebire de identitatea sexuală, ce are în principal o conotație biologică, are un cadru mult mai larg, în care sunt incriminați și alți factori, dintre care primează cei de ordin psihologic.

Dezvoltarea sexuală, în sensul organizării masculinității sau a feminității, este completă în jurul vârstei de 3 ani. Pot apărea însă serioase tulburări de tipul devianțelor sexuale, cum ar fi travestismul, fetişismul, voyeurismul și exhibiționismul. Homosexualitatea este și ea considerată tot un caz special de tulburare a identității partenerilor.

Referindu-se la identitatea sexuală, J. Bancroft menționează următoarele aspecte care caracterizează trăsăturile sexuale specifice fiecărei persoane în parte, bărbat sau femeie: formula cromozomială; structura gonadelor; natura hormonilor sexuali; organele sexuale interne; organele sexuale externe, care conferă individului caracterile sexuale secundare; diferențierea „sexuală” a creierului; sexul recunoscut și acceptat la naștere; conștiința propriei identități sexuale.

Vom dezvolta în continuare aceste aspecte, după J. Bancroft.

În ceea ce privește formula cromozomială, femeia are doi cromozomi X în formula cromozomială, pe când bărbatul are un cromozom X și un cromozom Y. Cromozomul care determină caracterul masculin este cromozomul Y.

Din punct de vedere structural, gonada primitivă, încă nediferențiată sexual, la embrionul uman are o zonă medulară și una corticală. Sub acțiunea factorilor masculinizanți, respectiv a cromozomului Y, zona medulară evoluează către formarea testiculului, pe când zona corticală involuează. La femeie, procesul se desfășoară în sens invers.

În ceea ce privește natura hormonilor sexuali, aceștia sunt reprezentați în cazul bărbatului prin androgeni, respectiv testosteronul, iar în cazul femeii prin estrogeni, respectiv foliculina.

Organele genitale interne ale fătului se diferențiază în două direcții. Canalul wolffian va da naștere canalelor deferente, veziculelor seminale și canalelor ejaculatorii la bărbat, pe când canalul müllerian va da naștere la uter, trompele uterine și vagin.

Organele sexuale externe sunt reprezentate la bărbat prin penis și testicule, iar la femeie prin vulvă și mamele.

Diferențele sexuale dintre indivizi pot fi puse în evidență și în cazul organizării creierului. La animalele inferioare, această diferență este absolut netă, mai ales în cazul conformației hipotalamusului. Această diferență este cu atât mai evidentă în cazul femelelor, la care complexul hipotalamo-hipofizar este în mod evident mai dezvoltat în comparație cu cel al masculilor aceleiași specii. În cazul primatelor și al omului, aceste diferențe nu mai pot fi la fel de pregnant puse în evidență.

În ceea ce privește sexul recunoscut și acceptat la nașterea individului, acesta este legat de prezența organelor genitale externe.

Conștiința propriei identități sexuale apare cu pregnanță la vârsta adolescenței: pentru băieți, o dată cu primele erecții, iar în cazul fetelor, o dată cu primele menstrue.

Comportamentul și rolul sexual

Există o relație directă între comportament și rol în cazul sexualității. În această privință, trebuie avute în vedere două aspecte, și anume: comportamentul sexual, care se bazează pe dorința de a obține plăcerea sexuală și, în final, orgasmul; comportamentul partenerilor, ce este dominat de conotațiile afirmării masculinității sau ale feminității fiecăruia dintre parteneri. Acest de al doilea aspect are o netă dominantă psihologică, dar în același timp este normat de tradiții, de valorile morale și socioculturale.

În cadrul sferei sexualității, se analizează *stadiile dezvoltării sexuale* a individului.

Sexualitatea este un tip de comportament care se dezvoltă în timp, parcurgând mai multe stadii, obligatorii atât din punct de vedere biologic, cât și psihologic și psihosocial. Le vom analiza în continuare pe fiecare.

Sugarul reprezintă etapa care se întinde pe primele 18 luni de viață și constă în experiențe autoerotice de atingere și explorare orală, similare atât la băieți, cât și la fete.

Copilul mic reprezintă etapa care se întinde de la vârsta de 18 luni până la 5 ani. În această perioadă, asistăm la dezvoltarea limbajului și a activității motorii autonome. În timpul toaletei, copiii iau cunoștință de genitalitatea lor. S. Freud numește această perioadă „faza anală”, întrucât concentrarea atenției se face asupra ariei anale.

Copilăria târzie se întinde de la 5 la 11 ani. În cursul acestei etape, se trece la constituirea „complexului Oedip”, după S. Freud. Sexualitatea începe să se manifeste ca joc între băieți și fete. Băieții au o curiozitate permanentă pentru sex, pe când la fete ea are un caracter episodic.

Adolescența timpurie este cuprinsă între vârstele de 12 și 15 ani. În cursul acestei etape a adolescenței, sunt puse în discuție două aspecte principale, și anume: dezvoltarea biologică și influența modelului sociocultural.

În această etapă, pubertatea fixează caracterele sexuale secundare. La băieți apar erecția și capacitatea de a ejacula, pe când la fete apar primele menstrii.

Tot în cursul acestei etape, comportamentul sexual al adolescenților este însoțit și de sentimentul de vinovăție.

Adolescența târzie se întinde pe o perioadă cuprinsă între vârstele de 16 și 18 ani. Ea se caracterizează prin apariția autonomiei față de controlul adulților. Începe să se manifeste dorința de independență și, o dată cu aceasta, încep și primele experiențe sexuale.

Tineretea este etapa cuprinsă între 18 și 23 de ani și ea se caracterizează prin trecerea la vârsta adultului și pregătirea în vederea căsătoriei.

Adultul tânăr reprezintă etapa caracterizată prin încheierea căsătoriei, având ca obiectiv constituirea cuplului marital, a familiei. În această etapă, viața sexuală capătă un caracter de legitimitate și devine regulată. Dispar anxietățile și sentimentul de vinovăție și, concomitent, asistăm și la o schimbare a personalității. Această etapă se întinde pe o perioadă cuprinsă între vârstele de 23 și 30 de ani.

Adultul mediu reprezintă etapa cuprinsă între 31 de ani și 46 de ani. În cursul acestei etape, atenția indivizilor se deplasează către preocupările profesionale și cele de ordin social. În planul comportamentului sexual, remarcăm un ușor început de declin al ratei frecvenței raporturilor sexuale.

Adultul târziu reprezintă etapa cuprinsă între vârsta de 46 și cea de 60 de ani. În cursul acestei etape, nevoile biologice descresc în intensitate și se răresc ca frecvență. Apar perioade de lungă abținere sexuală, interesul pentru activitatea sexuală reducându-se considerabil.

Bătrânețea este etapa care se consideră că începe după vârsta de 60 de ani. Ea este caracterizată prin începutul declinului general al individului pe toate planurile: biologic, psihologic și sexual. În plus, un factor psihosocial care grăbește acest proces este reprezentat prin ieșirea individului din cadrul circuitului socioprofesional, ceea ce accentuează starea sa de izolare.

Se poate desprinde din cele de mai sus faptul că sfera sexualității este marcată în primul rând de problema *identității sexuale* a indivizilor. Aceasta are atât o dimensiune biologică, cât și una psihologică și socială. În plus, comportamentul sexual al indivizilor este dictat în principal de caracteristicile identității sexuale a acestora. Orice varietate a identității sexuale, atât în sfera „normalității”, cât și în cea a „patologicului”, se va reflecta direct în comportamentul sexual al individului, dar și în viața socială a acestuia, în familie etc. Având în vedere aceste aspecte, vom insista în mod deosebit asupra identității sexuale.

Este unanim admis faptul că *identitatea sexuală* privește cele două mari aspecte, și anume : *masculinitatea* și *feminitatea*. Ele sunt produsul următoarelor trei grupe de forțe : biologicul ; sfera psihică ; răspunsurile intrapsihice la mediu și ambianță, în special efectele produse de părinți asupra copiilor, precum și de atitudinile sociale care se exercită asupra tineretului din afara sferei familiale.

Identitatea sexuală a indivizilor se manifestă, așa cum vom vedea mai departe, prin configurarea unor tipuri „biopsihoneuroendocrine” specifice.

În sensul acesta, marile „diferențe” de identitate sexuală, pentru bărbat și femeie, sunt raportate la caracterele sexuale secundare cu aspect exterior.

Rezultă în mod firesc faptul că fiecare individ se va comporta din punct de vedere psihosexual în concordanță cu identitatea sa sexuală. Sunt însă și situații în care tulburările de comportament psihosexual sunt afectate în forme și grade diferite, în raport direct cu structura identității sexuale a indivizilor.

Un prim aspect care este luat în discuție e reprezentat de *confuzia sexuală*. Aceasta este atribuită unei forme incomplete de maturizare sexuală, ceea ce are consecințe asupra formării complete a identității sexuale. Dincolo de aspectele biologice pe care le implică formarea sexuală a indivizilor, de o importanță majoră sunt aspectele de ordin psihologic (homosexualitatea și travestismul), precum și cele de ordin pur social (modul de comportament, interesele, alegerea profesiei, costumul, cosmetica, tipul de relații interpersonale, atracția pentru un anumit gen de parteneri etc.).

Înțelegerea tulburărilor de comportament psihosexual este legată de patologia identității sexuale. Deși acestea vor constitui o temă de analiză detaliată în partea a doua a lucrării noastre, vom face totuși o succintă prezentare a problemei în continuare.

Pentru majoritatea autorilor, tulburările identității sexuale pot fi împărțite în două grupe, și anume :

1. *devianțele sexuale*, care reprezintă aberații ale masculinității sau ale feminității, dar nelegate în mod obligatoriu de un conflict intrapsihic ;
2. *perversiunile sexuale* sau *nevrozele sexuale*, ce sunt rezultatul unui conflict intrapsihic al indivizilor.

Se consideră că ambele grupe de tulburări au la baza lor factori genetici, de ordin constituțional sau mișci.

Din punct de vedere clinic, tulburările psihosexuale au un pronunțat caracter comportamental și au forme variate și multiple, după cum urmează :

1. *transsexualismul* este forma cea mai extremă de tulburare a identității sexuale a individului, constând din impresia și dorința acestuia, imperios exprimată, de a aparține sexului opus. El rezidă în dorința individului de a-și schimba sexul pe care îl posedă, dar cu care nu se identifică. În această privință, distingem două aspecte : a) transsexualismul masculin ; b) transsexualismul feminin ;
2. *fetișismul* sau *travestismul* este atașamentul unui individ de obiectele sexului opus sau chiar adoptarea de către acesta a obiectelor și vestimentației sexului opus (haine, podoabe, cosmetică etc.) ;

3. *homosexualitatea* constă în atracția individului către parteneri de același sex. Ea este de două feluri, și anume :
 - a) homosexualitatea masculină sau pederastia ;
 - b) homosexualitatea feminină sau lesbianismul ;
4. *psihozele și stările-limită (borderline states)* au un caracter patologic net și, din punct de vedere psihiatric, ele sunt tulburări de tipul psihozelor paranoide ;
5. *intersexualitatea* este legată de defectele genetice cromozomiale responsabile de marcarea sexului individual, și anume, în cazul femeii cromozomii XX, iar în cazul bărbatului cromozomii XY. Tulburările ce apar în situația aceasta sunt următoarele :
 - a) sindromul Turner, în care formula cromozomială este XO, individul având un aspect feminin și un caracter infantil ;
 - b) sindromul Klinefelter, în care formula cromozomială este XXY, individul având un aspect masculin, dar feminizat, cu ginecomastie, penisul mic etc. ;
 - c) sindromul androgenital, caracterizat prin masculinizare a feminității, prezența pilozității, clitorisul foarte dezvoltat.

Din cele discutate până acum, rezultă clar faptul că sfera sexualității cuprinde ca element axial *identitatea sexuală*, iar ca formă de manifestare a acesteia, *comportamentul psihosexual*.

Am arătat deja că aspectele legate de normalitate, precum și cele legate de devianță sau patologie pură sunt fie datorate unor factori biogenetici, fie unor factori psihobiologici sau psihosociali. Dacă asupra factorilor biogenetici posibilitățile noastre actuale de intervenție sunt încă extrem de reduse sau numai în stare de experiment, în ceea ce privește aspectele psihobiologice și cele de ordin psihosocial, lucrurile stau complet altfel.

Un rol esențial în procesul formării identității sexuale le revine familiei de origine a individului, atmosferei grupului familial, modelelor sexuale din familie, tipului de comunicare și relații dintre membrii familiei respective. Formarea identității sexuale este și rezultatul unui proces specializat de educare și formare a individului, caracterizat prin absența unor modele deviante, a unor frustrări sau carențe afective în copilărie, adaptare familială pozitivă care să pregătească viitoarea integrare-adaptare socială a individului.

Realizarea procesului de identificare sexuală este condiția esențială a unui comportament psihosocial adecvat, normal. Această realizare este legată de procesul de maturizare-formare a individului. Este vorba nu numai de maturizarea biologică propriu-zisă a sferei sexuale, anatomo-fiziologică, ci și de o maturizare a personalității globale, o maturizare emoțional-afectivă și a imaginii de sine, capabilă de a crea în sfera conștiinței proprii o imagine specifică apartenenței individului la sexul său. Este de fapt vorba despre „intrări în rolul sexual” specific fiecărui individ. Or, tocmai această conștiință de sine este legată de rolul sexual al individului și de acesta vor depinde alegerea partenerului și formarea ulterioară a cuplului marital.

Toate aceste aspecte sunt legate de un anumit sistem de valori morale, religioase și socioculturale specifice, care trebuie să contribuie la formarea personalității globale

a individului. Ceea ce caracterizează însă societatea modernă este slăbirea rolului normator, de tip „represiv-modelator”, al valorilor menționate ale modelului socio-cultural, fapt care duce la slăbirea maturizării indivizilor, favorizând astfel tulburările de identitate sexuală și implicit devianțele sau formele de manifestare patologică propriu-zisă ale conduitelor sociale ale indivizilor în societate.

Asistăm astăzi la o slăbire a formării personalității din punct de vedere psihosocial, al „confuziei rolurilor” psihosexuale ale indivizilor, la o eliberare pulsional-sexuală care are tendințe de alunecare către forme haotice grave.

Toate aceste aspecte afectează direct fiecare individ în parte, dar și instituțiile sociale și, în primul rând, familia, formarea cuplurilor sexuale și stabilitatea lor, creșterea și educarea copiilor și tinerilor în special la vârsta adolescenței, comunicarea interpersonală, conduitele sociale etc.

Capitolul 4

Instinctul sexual

Prin *instinct* (lat. *instinctus* = „ghimpe”) se înțelege impulsivitatea naturală care dirijează un comportament (A. Porot). El este „forța finalității biologice, înăscută, relativ oarbă sau automată și limitată în complexitatea ei” (A. Porot).

În ceea ce-l privește pe om, instinctul desemnează un sistem de tendințe, de atracție sau repulsie, cu caracter dinamic și care se relevă cu ocazia unor circumstanțe legate de satisfacerea nevoilor vitale ale individului. În sensul acesta, sunt menționate următoarele forme de manifestări instinctuale: fuga din fața unei amenințări, evitarea durerii, căutarea plăcerii, conservarea și protecția de sine și ale progeneriturii, sexualitatea și procreația, puterea socială, înclinațiile familiale, spiritul gregar.

În psihologie și psihiatrie, viața instinctuală este considerată ca reprezentând „psihismul primar” (T. Ribot, P. Guirand). În general, se vorbește despre trei categorii de instincte, și anume: instinctul de conservare, instinctul sexual, instinctul de putere.

În psihanaliză, S. Freud distinge două mari tipuri de instincte: instinctul sexual sau pulsivitatea de viață (Eros); instinctul sau pulsivitatea de moarte (Thanatos).

La baza *instinctului sexual* se află *dorința* sau *apetitul sexual*. Dorința sexuală are atât o bază biologică, cât și una psihologică și este legată de numeroși factori externi, interni sau interpersonali care o condiționează. Dorința sexuală ca „nevoie” trebuie diferențiată de celelalte „nevoi elementare” ale organismului uman (hrană, sete, somn, mișcare etc.).

Impulsivitatea sexuală nu se configurează ca o adevărată necesitate individuală, similară celorlalte „nevoi” organice. Prin natura sa, ea depășește individul, fiind un atribut al speciei. În ceea ce privește individul, dorința sexuală se manifestă ca *plăcere*; iar în ceea ce privește specia, ea se manifestă ca o *necesitate de reproducere*. Din aceste considerente, nevoia sexuală este diferită calitativ în raport cu celelalte nevoi biologice ale speciei umane.

Considerată în sensul acesta, „nevoia sexuală” apare mai mult ca o dorință decât ca o simplă nevoie instinctuală.

Dorința este o entitate complexă în care converg elemente de tip biologic și psihologic, emoțional-relaționale. Dorința nu este un impuls, un „elan orb”,

nedefinit, ci ea are un pronunțat *caracter intențional*, fiind orientată în raport cu un anumit „obiect” bine definit, care trezește o anumită motivație emoțională din partea subiectului. În acest proces, intervin și factorii socioculturali, reprezentați prin următoarele: rolurile sexuale (masculin și feminin), diferitele modele relative la sexualitate, contextul istoric, moravurile, contingentele geografice și culturale, clasa socială etc. Dorința sexuală mai este influențată și de condițiile climatice, de tipul de alimentație, exigențele normelor care guvernează grupul social căruia îi aparține individul, sistemul de viață și mentalitățile, identitatea persoanei respective.

Rezultă din cele de mai sus că noțiunea de *dorință sexuală* are un caracter și un conținut mult mai largi și mai complexe decât cea de *instinct* (G. Bonnet, H.S. Kaplan, A. Imbasciati, U. Tigano, G. Cociglio și E. Mecco).

În general, sunt acceptate două sensuri ale noțiunii de „dorință sexuală”, și anume:

- a) o accepțiune de ordin *behaviorist*, care susține că „dorința sexuală este o senzație particulară ce împinge individul să caute experiențe sexuale, ca fiind produsă de activitatea unui circuit specific neuronal în creier” (H.S. Kaplan);
- b) accepțiunea *psihanalitică*. Aceasta consideră dorința sexuală ca fiind „o mentalizare particulară, bazată pe procesele de simbolizare creativă, care condiționează, prefigurează și reprezintă plăcerea” (A. Imbasciati).

Instinctul sexual, ca impulsie, nu se configurează ca oricare altă nevoie individuală. El are, într-o anumită privință, caracterul de „nevoie de descărcare” (G. Abraham și S. Labelle). Aceasta se referă la o nevoie relativă la specie și nu la individ. Individul, în acest caz, apare mai mult ca o „victimă” a necesităților de reproducere a speciei, compensată cu „plăcerea” individuală care însoțește acest act. Prin urmare, nevoia sexuală se deosebește în această privință de celelalte nevoi biologice, cel puțin în cazul speciei umane.

La om, nevoia sexuală apare în primul rând în raport direct cu dorința, care depășește nevoia pur instinctuală, cuprinzând și sferele emoțional-afectivă, intelectuală, socială. În sensul acesta, dorința devine o entitate complexă în care converg elemente de factură biologică, psihologică, emoțional-relaționale etc.

Prin natura sa, „dorința” nu are caracterul unui „elan orb”, adesea „intențional”, dirijat după anumite criterii pulsionale, la om, fiind puternic influențată și condiționată de valorile modelului sociocultural și moral-religios.

O importanță deosebită în realizarea dorinței sexuale revine rolurilor masculine și feminine, impactului diferitelor modele referitoare la sexualitate în raport cu contextul istoric, normelor moral-religioase, clasei sociale și specificului etnocultural (H. Ellis, M. Hirschfeld, M. Mead, B. Malinowski, G. Abraham și S. Labelle).

Psihanaliza aduce o contribuție importantă în ceea ce privește apariția și evoluția naturii și formelor pulsionilor sexuale. După S. Freud, pulsinea sexuală apare o dată cu nașterea copilului și ea evoluează de la naștere până în adolescență, când se

stabilizează în forma sa definitivă, parcurgând mai multe etape. Stadiile de *dezvoltare*, *maturizare* ale pulsuniilor sexuale sunt următoarele (S. Freud):

1. *stadiul oral*, corespunzător etapei de vârstă dintre 0 și 1,5 ani, cuprinzând intervalul de timp de la nașterea până la înțărirea copilului. În această etapă, organizarea activității libidinale se concentrează asupra *zonei erogene bucale*, manifestată prin *nevoia și plăcerea* suptului. Ea se încheie în jurul vârstei de 1,5 ani, o dată cu înțărirea;
2. *stadiul anal* sau „*sadic-anal*”, ce corespunde etapei de viață cuprinse între 1,5 și 3 ani și se caracterizează prin organizarea libidoului în *zona erogenă anală*, legat în mod semnificativ de funcția de defecare (expulzie-retenție). Este stadiul formării bipolarității *activ-pasiv*, respectiv al pulsuniilor sado-masochiste;
3. *stadiul falic*, ce corespunde etapei de viață cuprinse între 3 și 5 ani și, din punctul de vedere al organizării libidinale, se caracterizează prin unificarea pulsuniilor anterioare cu fixare asupra organelor genitale;
4. *stadiul de latență*, care corespunde perioadei de viață cuprinse între 6 și 11 ani și marchează declinul sexualității infantile și pregătirea intrării în pubertate și adolescență a individului. În această etapă, încep să apară facultățile de sublimare. Este faza în care începe să se organizeze complexul oedipian;
5. *stadiul genital*, ce corespunde perioadei de viață cuprinse între 12 și 18 ani, etapă caracterizată prin organizarea funcțiilor parțiale sub primatul zonelor genitale. În această etapă de organizare genitală a sexualității și libidoului, asistăm la apariția formelor de manifestare completă a sexualității umane normale.

Parcursul acestor etape reprezintă forma de evoluție și maturizare normale ale pulsuniilor sexuale, contribuind astfel la formarea și maturizarea tipului de *personalitate sexuală* și ale *conduitelor sexuale* ale individului respectiv. Din acest motiv, ea reprezintă o perioadă foarte importantă în viața unei persoane. Dificultățile de dezvoltare/maturizare libidinală, presiunile, psihotraumatismele, frustrările și situațiile castratoare pot duce la *opririi* în dezvoltare sau la *regresiuni* cu consecințe negative dintre cele mai variate (nevroze, tulburări de comportament perversiuni sexuale, autoerotism morbid, refugiu în imaginar, agresivitate etc.). Asupra acestor aspecte vom reveni în lucrarea de față.

Bazele neuropsihologice ale dorinței sexuale

Instinctul sexual este în raport cu mecanismele neuropsihologice aferente unor „centri cerebrali” capabili să declanșeze plăcerea și dorința activității sexuale. Implicate în aceste mecanisme sunt zona limbică și nucleele hipotalamice.

Un rol important le revine serotoninelor și endorfinelor, precum și altor factori endocriini (hormonii androgeni și estrogeni) implicați în mecanismul excitației sexuale.

În afara „zonelor centrale” neurocerebrale responsabile de „instinctul-dorință” sexuală, intervin și „zonele periferice”. În sensul acesta, un rol important revine, la femeie, centrului senzitiv localizat pe peretele anterior al vaginului („punctul G”).

O „zonă intermediară” între „centrii neuropsihici” și „centrii genitai” propriu-zis este reprezentată de participarea celor cinci simțuri (auzul, mirosul, văzul, gustul și pipăitul). Toate acestea fac ca în sfera dorinței sexuale să fie reuniți, din punct de vedere psihologic, factori mintali, emoționali și psihosenzitivi.

Global considerată, problema instinctului sexual la om îmbracă aspecte complexe și variate, având concomitent particularități în raport cu celelalte specii animale.

În actul dorinței sexuale, participarea fiecărui bărbat sau a fiecărei femei are un caracter global, întrucât este pus în joc propriul corp, în totalitatea sa. Trupul individului joacă un rol de prim ordin în cadrul dorinței erotice. Felul în care este resimțit propriul trup, capacitatea lui de a trezi și de a trăi percepții agreabile, modul în care sunt integrate organele genitale și zonele erogene în schema corporală generală, toate acestea pot contribui la declanșarea și întreținerea dorinței sexuale sau, dimpotrivă, o pot diminua până la totala ei dispariție.

Factorii emoționali care pot influența dorința sexuală, diminuând-o până la suprimarea ei completă, sunt reprezentați de : frică, angoasă, depresie, descurajare, experiențe de eșec, stări conflictuale etc.

Condițiile dorinței sexuale

Care sunt cele mai bune condiții ce favorizează apariția dorinței sexuale?

Primul aspect care se impune în discuție este „starea fizică și psihică” a individului, caracterizată prin destindere, relaxare, bună-dispoziție, odihnă. Se poate considera, în acest caz, oboseala ca reprezentând un factor contradictoriu și inhibitor al manifestării proceselor erotice? În mod paradoxal, oboseala poate reprezenta în numeroase cazuri un factor de stimulare erotică. Se vorbește chiar, în acest caz, despre o „oboseală prin suprastimulare”. În alte cazuri însă, destul de numeroase, oboseala exercită un rol inhibitor asupra dorinței de manifestare sexuală. Această stare poate fi compensată cu ușurință printr-un somn reparator, care reface nivelul optim de activitate sexuală. Este știut faptul că în timpul nopții, în cursul somnului, se produce o erecție spontană a penisului la bărbat și a clitorisului la femeie. Dimpotrivă, se consideră că visurile erotice epuizează dorința sexuală.

Un rol important revine și musculaturii perineale în geneza dorinței sexuale.

S-a discutat, de asemenea, despre rolul alimentației („bucătăria erotică”) în procesul de stimulare a dorinței sexuale. Se pare că un regim alimentar bogat în proteine este stimulant. Dimpotrivă, o alimentație prea încărcată cantitativ reprezintă un handicap pentru desfășurarea activității sexuale. Alcoolul ingerat

în cantități mici este stimulent, determinând o stare de euforie dezinhibantă, la fel ca nicotina și amfetaminele. Însă toate aceste substanțe administrate sau consumate în exces și pe o perioadă îndelungată scad considerabil, în timp, dorința sexuală.

Benzodiazepinele (diazepamul și medicamentele înrudite), reducând starea de anxietate și favorizând relaxarea musculară, stimulează într-o primă etapă dorința sexuală, pentru ca, ulterior, după o administrare repetată și îndelungată, să o reducă.

În concluzie, putem aprecia că „dorința sexuală” este influențată de următoarele categorii de factori:

1. *condiții fiziologice* specifice, care scad dorința sexuală: oboseala excesivă, nevoia imperioasă de defecație sau de urinare, nevoia de somn, nevoia de aport nutritiv sau lichidian;
2. *condiții psihologice*, care sunt reprezentate de: circumstanțe relaționale sau emoționale defavorabile; perceperea ostilității; insecuritate sau neîncrederea în partener; un context spațio-temporal nefavorabil, inconfortabil sau nesigur, periculos, amenințător etc.; lipsa de timp; senzații dezagreabile sau dureri resimțite în corp; situații de doliu; grijă, neliniște, teamă;
3. *factori legați de personalitatea partenerilor cuplului*, reprezentați de: afirmarea virilității la bărbat; afirmarea feminității la femeie, în special prin capacitatea de seducere a partenerului;
4. *factori sociofamiliari*, ce pot diminua dorința sexuală: obișnuința cu partenerul; ritualizarea excesivă a raportului sexual; executarea mecanică a actului sexual, fără o pregătire prealabilă;
5. *starea de sănătate psihosomatică și dorința sexuală*. Este firesc faptul că activitatea sexuală normală se încadrează în limitele unei stări de sănătate fizică și psihică bune. Sunt însă și situații patologice, în care activitatea și dorința sexuală înregistrează un regim exagerat (stările maniacale, manifestările de tip anxios, perversiunile).
O diminuare a dorinței și activității sexuale se înregistrează în cursul depresiilor, stărilor febrile, hipertiroidismului, afecțiunilor inflamatorii ale căilor genito-urinare, congestii pelvine la femei etc.;
6. *factori de mediu natural* ce pot favoriza activitatea sexuală prin stimularea dorinței, și anume: luminozitatea naturală abundentă și prelungită, aerul curat, liniștea, un peisaj odihnitor;
7. *factori psihotraumatizanți*, de regulă emoțional-afectivi: conflictele repetate în cadrul cuplului, agresivitatea partenerilor, violența, neîncrederea, insecuritatea, stările de culpabilitate fac să se diminueze dorința și activitatea sexuală.

Psihanaliza dorinței sexuale

Psihanaliza aduce importante contribuții referitoare la problema „atrăției sexuale” dintre doi parteneri, în care factorii psihologici și somatici par a juca un rol corelat.

Pentru psihanaliști (S. Freud, W. Stekel, E. Ferenczi), problema gustului individual are un rol deosebit de important în alegerea partenerului de viață sexuală. În sensul acesta, W. Stekel aduce în discuție problema „dragostei la prima vedere” (*coup de foudre*): fenomenul demonstrează existența unei aptitudini sau a unei dispoziții erotice care se află în mod latent în fiecare persoană și care, în anumite circumstanțe, se exteriorizează brusc. Este vorba, de fapt, de o declanșare bruscă a pulsionilor erotico-sexuale latente ale individului.

O anumită stare de „predispoziție latentă erotică” se găsește la toți indivizii. Fiecare persoană este, potențial, predispusă la erotism. A fi îndrăgostit echivalează cu o transpunere în act a potențialului erotic personal aflat în stare de latență. Factorii care pot declanșa potențialul erotic latent sunt: privirea, timbrul vocii, mirosul, anumite forme ale corpului unei persoane, mersul, felul de a se îmbrăca, forma gurii, nasul, bărbia, picioarele etc. Toate aceste „elemente erogene” trezesc sau corespund cu un „ideal erotic” individual pe care o persoană crede că „l-a descoperit” în cazul întâlnirii cu altă persoană, într-o manieră bruscă și puternică. Literatura oferă numeroase cazuri de „dragoste la prima vedere”: Romeo și Julieta, Faust și Margareta etc.

Această „întâlnire” dintre două persoane are caracterul unei fascinații reciproce. În cazul îndrăgostiților, fascinația reprezintă o situație de „atrăție-supunere” reciprocă și perfectă între două persoane de sexe diferite, având la bază sentimentul erotic.

E. Ferenczi afirmă că ne aflăm în prezența unei stări de sugestie, înrudite cu hipnoza și care are drept consecință o atrăție urmată de o supunere reciprocă a două persoane, datorită unor sentimente erotice. Această situație reciprocă subită se produce pentru că fiecare dintre cele două persoane se recunoaște pe sine și propriul său ideal în celălalt.

Ne aflăm în fața unei manifestări afective reciproce, în care „atrăția” simpatetică dintre persoane primează și ea este percepută ca o „stare de corespondență” biunivocă. W. Stekel vede, în acest caz, o manifestare a „legii bipolarității”, conform căreia „se alege după legea identității sau după aceea a diferențierii”.

Elementul formal care intră în joc, în cadrul acestei „relații subite” dintre două persoane, este de ordin fetișist. Fetișul este elementul simbolic care declanșează la individ atrăția erotică latentă: forma nasului, ochii, gura, ovalul feței, forma și culoarea părului, picioarele, mâinile etc. În sensul acesta, majoritatea autorilor sunt de acord că fetișul este suportul predispoziției erotice (S. Freud, W. Stekel, E. Ferenczi, L. Binet etc.).

Fetișismul concentrează întreaga simbolică a „modelului sexual” și el este regăsit în „spiritul epocii”: cosmetică, costum, felul de a se prezenta, gestualitatea, privirea, obiectele auxiliare etc., constituind o întreagă recuzită a erotismului. Adoptarea unui anumit tip de fetiș este legată, conform psihanalizei, de evenimente fixate încă din perioada copilăriei și cu care individul a venit în contact (S. Freud, W. Stekel).

În multe situații, asistăm la o deturnare a simbolicii unor fetișuri în forme sublimatate. Dintre acestea, cele mai importante sunt muzica și artele plastice. Psihanaliza vede în colecționarea de opere de artă o atitudine fetișistă sublimată, în relație directă cu pulsuniile libidinale.

Capitolul 5

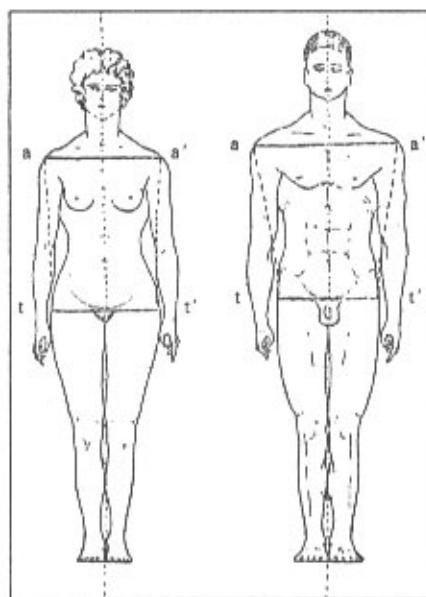
Tipologiile sexuale

A. Hesnard raportează tipurile sexuale la aspectul biologic al individului, vorbind în sensul acesta despre o „sexomorfologie”. În analiza sexomorfologică, A. Hesnard pleacă de la *dimorfismul sexual*. Pentru autorul citat, dimorfismul sexual sau deosebirea anatomică constă într-o „suită de diferențe, fie aparente, fie disimulate”.

Dimorfismul sexual are o mare diversitate și complexitate structurală, pe această bază întemeindu-se tipologia sexuală. Acest dimorfism se remarcă la toate nivelurile de organizare a biologicului. La om, dimorfismul sexual se manifestă prin *caracterele sexuale*.

Hunter a împărțit caracterele biologice sexuale în *primare* și *secundare*. Maranon le grupează în *genitale*, în raport cu organele generatoare, și *sexuale*, în raport cu dimorfismul sexual extern.

Pentru A. Hesnard, ele sunt de trei categorii : caractere sexuale primare, caractere sexuale secundare și caractere sexuale terțiare. Le vom analiza în continuare (vezi schema următoare).



1. *Caracterele sexuale primare* sunt cele care fac diferența dintre cele două sexe, stabilind existența naturii masculine și feminine în raport cu glandele sexuale, respectiv testiculul la bărbat și ovarul la femeie. În cadrul acestora, se disting și două structuri anatomice diferențiate, și anume :
 - a) *organele vectoare* ale produselor sexuale (oviductul la femeie și canalul deferent la bărbat) ;
 - b) *organele copulatoare*, care realizează raportul sexual dintre cei doi parteneri de sexe diferite (aparatură utero-vaginală la femeie și penisul la bărbat).
2. *Caracterele sexuale secundare* sunt cele care diferențiază sexele, separat de cele mai sus menționate. Ele au un caracter mult mai diferențiat, mai complex și variat, fiind mult mai nuanțate. În sensul acesta, sunt menționate următoarele :
 - a) *caracterele sexuale pur morfologice*, în care distingem : caracterele morfologice în raport direct cu funcția de întâlnire dintre sexe ; organele producătoare și receptoare de mirosuri ; caracterele morfologice fără un raport direct cu întâlnirea dintre sexe, însă jucând un rol deosebit de important în atracția sexuală. Acestea constau din următoarele : talia și forma generală a corpului ; sânii și coapsele ; calitatea tegumentelor (grăsimi, pilozitate, pigmentația pielii), privirea, culoarea ochilor, dispoziția fetei palpebrale, forma și mărimea buzelor ;
 - b) *caracterele anatomice* propriu-zise, manifestate prin : schelet ; musculatură ; glande mamare ;
 - c) *caracterele hormonale*, reprezentate prin natura hormonilor.
3. *Caractere sexuale terțiare*, care constau din următoarele :
 - a) atitudinea mimică ;
 - b) fizionomia ;
 - c) comportamentul general și, în special, comportamentul emoțional-afectiv, pasional, expresiv și instinctual.

Pe baza acestor date, menționăm următoarele diferențe între sexe.

Femeia prezintă mișcări diferite de cele ale bărbatului, cu caracter de eleganță căutată, cultivată, în scopul de a atrage atenția, de a se face plăcută, de a fi admirată. Mersul ei este mult mai suplu, ondulat și marcat de curbările corporale, pe care caută să și le scoată în evidență. Mimica ei este mult mai mobilă și mai nuanțată. Expresia emoțională e dominată de cochetărie și instinctul de seducție. Vocea ei are o anumită tonalitate.

Bărbatul are mișcări energice, ferme, cu caracter voluntar, se impune prin forța fizică. Mersul său este hotărât, sigur, voluntar. Mimica sa, fermă, exprimă hotărâre în acțiune și siguranță de sine. Privirea pătrunzătoare caută și comandă. Dominant emoțional, bărbatul este posesiv și agresiv. El se impune și prin vocea sa groasă.

A. Hesnard face o sinteză a caracterelor sexomorfologice generale ale tipologiilor umane, punând accentul pe caracterele de tip anatomic și pe cele de tip funcțional, așa cum rezultă din tabelul următor.

	Caractere	Femeie	Bărbat
Anatomice	Primare genitale	Ovare Trompe Uter/vagin Sâni dezvoltati	Testicule Canal deferent Vezicule seminale/prostată Sâni rudimentari
	Secundare sexuale	Predominanța dezvoltării pelviene Sistem locomotor gracil Dezvoltarea grăsimii Absența pilozității Laringe infantil	Predominanța dezvoltării scapulare Sistem locomotor puternic Dezvoltarea musculaturii Abundența pilozității Laringe dezvoltat
Funcționale	Primare genitale	Libido orientat către bărbat Orgasm sexual lent Atitudine conceptivă Menstruație/sarcină/naștere Lactație	Libido orientat către femeie Orgasm sexual rapid Atitudine fecundantă
	Secundare sexuale	Instinctul de maternitate Mare sensibilitate afectivă și dispoziție redusă pentru abstractizare și creativitate Aptitudini motorii reduse, mers și atitudini caracteristice, timbrul vocii scăzut	Instinctul de acțiune socială (apărarea și siguranța familiei) Sensibilitate afectivă redusă, mare capacitate de abstractizare mintală și creativitate Aptitudini motorii importante, impulsive, rezistență la efort, timbrul vocii grav

Dimorfismul sexual biologic are implicații directe și multiple, el marcând din punct de vedere psihologic „tipul sexual” al personalității individului.

Băieții, în primii ani de viață, leagă sexualitatea de prezența penisului, pe care-l atribuie tuturor ființelor vii. Descoperirea ulterioară a absenței penisului la fete declanșează un fel de anxietate sexuală, pe care o supracompensează prin sentimentul de superioritate, dominanță, agresivitate, toate combinate cu o anumită tandrețe idealistă față de fete.

La fete, descoperirea de către acestea a „inferiorității” lor anatomice în raport cu băieții are caracter deprimant, le dezvoltă o nemulțumire față de sine, un complex de inferioritate, compensate prin apropierea de sexul masculin la care caută protecție, siguranță, dar concomitent și dorința de a fi dominate în mod indirect de către bărbat.

Pe considerentele anterioare se bazează și tendința, manifestată la ambele sexe, de a-și „ascunde” nuditatea corporală. În general, bărbatul este mult mai puțin pudic. El este, de regulă, indiferent față de nuditatea sa fizică, cu excepția regiunii organelor genitale, asupra cărora își concentrează o pudoare maximă. Femeia este mult mai pudică. Ea nu-și expune cu aceeași ușurință nuditatea corporală, tendința de mascare fiind centrată pe regiunea genitală și sâni, în primul rând. Aspectele de mai sus pun în discuție existența unor trăsături specifice din punct de vedere

psihosexual, atât pentru personalitatea femeii, cât și pentru cea a bărbatului (A. Hesnard, H. Marion, G. Lombroso, L. Daudet, C. Daniel).

Numeroși autori au pus în evidență rolul celorlalte glande endocrine în procesul de influențare secundară a caracterelor sexuale, alături de gonade. Vom prezenta în continuare aceste aspecte, întrucât importanța lor este deosebită în ceea ce privește determinarea și nuanțarea „tipurilor sexuale”. G. Maranon vorbește chiar despre rolul factorilor sexuali „extragonadici” în procesul de marcarea a tipurilor sexuale.

Glanda tiroidă intervine în producerea unor caractere sexuale secundare. Se pare că tiroxina accentuează caracterele feminine, având rol de protector al hormonilor feminității. Insuficiența secreției tiroidiene, precum și hipotiroidismul au repercusiuni directe și imediate asupra funcției catameniale. La bărbat, disfuncțiile secreției tiroidiene se manifestă prin modificarea funcțiilor sexuale, fie în plus, fie în minus. La ambele sexe, s-a observat o relație fiziologică directă între regimul secreției tiroidiene și apetitul sexual.

În orice caz, este recunoscut faptul că insuficiența tiroidiană antrenează după sine un hipoerotism la ambele sexe. În mod corespunzător, hipertiroidia declanșează sau cel puțin favorizează un hipererotism, dar acesta are de regulă un caracter nevrotic, mai ales atunci când apare în cursul bolii Basedow.

Hipofiza are o influență marcantă asupra funcției sexuale, mai ales în cursul dezvoltării și maturizării gonadice. Zondek și Ascheim consideră hipofiza ca fiind „motorul funcției sexuale”.

Este important de notat faptul că rolul hormonilor hipofizari în procesul de creștere somatică a individului este legat și de maturitatea sexuală a acestuia.

Glandele suprarenale au un rol deosebit de important în echilibrul sexual pe multiple planuri. Este cunoscută participarea acestora la producerea unor caractere fizice sexuale de ordin secundar, cum ar fi: virilitatea, pilozitatea, energia fizică, dispoziția emoțional-afectivă, interesul pentru sexul opus. Elementul activ este reprezentat de secreția hormonală a corticosuprarenalei. G. Maranon consideră că zona corticosuprarenaliană exercită o influență protectoare specifică asupra gonadei masculine, începând încă din perioada pubertății. În mod egal, secreția în exces a corticosuprarenalei poate duce la o inhibiție sau chiar diminuare a funcției ovariene, cu apariția unor fenomene secundare de tip virilizant în cazul femeii.

Cele arătate mai sus sunt aspectele legate de latura biologică a diferențierii sexuale. Acest aspect nu epuizează însă problema tipologiilor sexuale, mai ales din punct de vedere psihologic.

O importanță deosebită în psihosexologie îi revine *imaginii corporale* (G. Pankow). Aceasta contribuie atât la edificarea unei *imagini de sine*, plecând de la care se constituie *identitatea sexuală*, cât și în ceea ce privește rolul diferențiat al fiecărui individ în cadrul comportamentului sexual.

G. Pankow subliniază importanța dinamicii imaginii corporale, în sensul că omul are nevoie de un *corp* recunoscut net în ceea ce privește limitele și funcțiile sale, înainte de a se putea integra în sfera sexualității umane pe care să o recunoască drept aparținându-i și depășind prin aceasta simpla utilizare a sexualității.

În sexologie, imaginea corporală se constituie plecându-se de la „schema corporală” ca fundament neuropsihologic al fiecărui individ.

În psihosexologie, imaginea corpului are în primul rând o funcție simbolizantă, contribuind la formarea și definirea semnificației identității sexuale și ale tipului sexual al fiecărui individ în parte.

Imaginea de sine în psihosexologie are câteva caracteristici proprii, de care suntem obligați să ținem seama în interpretarea formării tipurilor sexuale, atât în cazul femeii, cât și în cel al bărbatului. În centrul oricărei imagini de sine, se află Eu personal, imaginea de sine fiind expresia exterioară a naturii și caracteristicilor propriului Eu.

Evaluarea imaginii de sine în psihologie va reflecta prin urmare trăsăturile propriului Eu al persoanei. În sensul acesta, am plecat de la tipul de „Eu echilibrat”, corespunzător unei imagini de sine ideale, dar care constituie numai un criteriu teoretic de referință și în raport cu care construim celelalte tipuri.

Trăsăturile care definesc natura „Eului” în psihologie sunt împrumutate din caracterologie și sunt următoarele :

- a) *superioritatea*, corespunzătoare unei imagini de sine supraevaluate, de tip dominant ;
- b) *inferioritatea*, corespunzătoare unei imagini de sine subevaluate, putând ajunge chiar la situații complexuale de inferioritate ;
- c) *agresivitatea*, corespunzătoare unei imagini de sine caracterizate prin dominanță, brutalitate, violență, atac ;
- d) *anxietatea*, corespunzătoare unei imagini de sine caracterizate printr-o atitudine de retragere, frică, nesiguranță, obsesii.

Pe baza acestor trăsături ale Eului și imaginii de sine, se pot construi sau izola câteva tipuri psihosexuale. Ele se pot împărți în două categorii : *tipuri active și tipuri pasive*, în raport cu trăsăturile caracteriale psihosexuale la care ne-am referit mai sus,

Tipurile active cuprind următoarele :

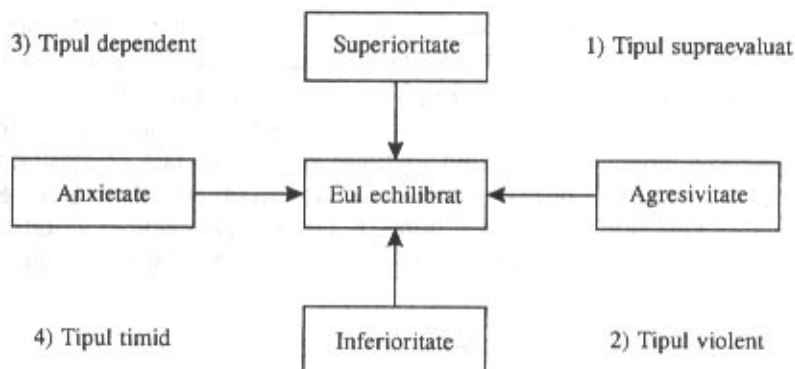
1. *tipul supraevaluat*, caracterizat prin demonstrativitate, provocare manifestă, siguranță de sine, seducător, extravertit, donjuanist cu spirit de inițiativă. Acest tip îmbină superioritatea cu agresivitatea. El este tipul care iese în evidență, e căutat și supraapreciat ;
2. *tipul violent*, agresiv, imprevizibil, violent prin supracompensare, sociopatic cu un mare potențial delictual antisocial. Este dominat concomitent de un sentiment de inferioritate, dar și de agresivitate. Este marginalizat, evitat, fiind considerat agresiv prin natura sa și, prin urmare, periculos.

Tipurile pasive cuprind următoarele :

3. *tipul dependent*, reținut, imatur, lipsit de inițiativă, pudic, provocare mascată, dependent de o persoană dominantă, preferă să fie curtat. Se caracterizează printr-o combinație de superioritate și anxietate, lipsă de inițiativă, credulitate. Se consideră în majoritatea situațiilor ca fiind o victimă ;

4. *tipul timid* este introvertit, retras, reținut, scrupulos, cel care refuză contactele, obsesiv ca preocupări, cu tendință de sublimare, refugiu în imaginar ca formă de supracompensare. Este tipul subevaluat, care e dominat de sentimente de inferioritate și anxietate, de neîncredere.

Aceste aspecte se desprind din schema următoare.



În schema anterioară, trăsătura „superioritate” traduce un tip stabil, pe când „inferioritate”, un tip instabil. La fel, trăsătura „anxietate” traduce un tip pasiv, pe când „agresivitate”, un tip activ. Se poate deduce din această schemă faptul că tipurile sexuale se pot împărți în două grupe :

- a)-grupa de normalitate : tipul supraevaluat (stabil) și tipul timid (pasiv) ;
- b) grupa de anormalitate : tipul violent (activ) și tipul dependent (pasiv).

În concluzie, putem aprecia că *tipul* este conceptul care înglobează trăsăturile cele mai caracteristice, particularitățile unui anumit grup în sfera unui *gen comun*. Așa cum s-a arătat, în materie de psihosexologie, tipul nu este dat de o singură trăsătură caracteristică, ci este rezultatul unor factori multipli, atât pentru bărbat, cât și pentru femeie.

Anterior au fost analizate tipurile psihosexuale caracteriale, de ordin general, comune atât pentru bărbat, cât și pentru femeie. Vom analiza în continuare tipologiile psihosexuale, diferențiate pentru fiecare sex în parte. În general, se pot diferenția trei grupe de tipologii : *somato-endocrine*, *psihologice* și *morale*.

Tipologiile somato-endocrine

Tipologiile somato-endocrine feminine

Acestea sunt reprezentate prin :

- a) *tipul ovarian-foliculinic* : deschisă, extravertită, feminină, dornică să aibă o familie și copii, predomină funcția ovariană, are un interes activ pentru viața sexuală, preocupări mondene ;

- b) *tipul suprarenalian-corticist*: rezervată, visătoare, preocupată de activități intelectuale, interese profesionale sau artistice. Caractere sexuale secundare de tip virilizant de diferite intensități (pilozitate pe membre și față, clitoris dezvoltat), tendință spre dominanță, preocupări mai reduse pentru viața sexuală, adesea lungi perioade de abținere sau frigiditate. Tendință către astenie, insomnii. Este tipul bovaric, geloasă, visătoare;
- c) *tipul tiroidian*, ce se caracterizează prin instabilitate, impulsivitate, nervozitate, dorință sexuală exagerată, dar lipsită de satisfacție, tendință spre nevroze, acuze somatice, tendință spre crize de tip pituitic, labilitate emoțională;
- d) *tipul hipofizar*: egocentrică, rece, interiorizată, permanent preocupată de propria sa persoană, temperament schizoid, indiferență marcată față de sexul opus, care poate merge până la refuzul actului sexual, frigiditate, amenoree. Se poate complica cu episoade de anorexie mintală. Dacă fenomenele se instalează post-partum, poate lua aspectul cașexie Sismonds. Refuză căsătoria și copiii.

Tipologiile somato-endocrine masculine

Acestea sunt reprezentate prin:

- a) *tipul gonadic-androgen* – tipul viril, deschis, expansiv, cuceritor, dominant până la agresivitate, caută partenerile, este intens preocupat de activitatea sexuală;
- b) *tipul suprarenalian-corticist* – astenic, introvert, sentimental și visător, tipul idealist, adesea cu înclinații către inactivitate, se lasă ușor cucerit, dar este mai puțin activ sexual. Preocupat de familie, copii, tendințe megalomaniace sau supraestimare de sine, gelozie, orgasm lent, adesea impotență sexuală;
- c) *tipul tiroidian* – nervos, dezordonat, instabil, cu diverse acuze somatice, activitate sexuală disritmică și fără satisfacții complete;
- d) *tipul hipofizar* – tipul astenic, introvert, schizoid, rece, detașat de problemele sexuale, ca și de cele de ordin familial, egocentric. Activitate sexuală slabă sau absentă.

Tipologiile psihologice și morale

Dacă din punct de vedere somato-endocrin se pot trasa sau delimita în mod cert anumite tipologii sexuale, nu același lucru se poate spune atunci când încercăm să delimităm tipuri sexuale de natură psihologică sau morală, întrucât aceste două aspecte sunt intim legate între ele. Din această cauză, preferăm să deosebim tipuri sexuale de factură psihomorală, atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților.

Încercarea de a distinge tipuri sexuale, după criterii psihologice sau morale, o întâlnim la numeroși autori (H. Marion, C.G. Jung, G. Lombroso, M. Dide).

C.G. Jung sublinia că nici o personalitate nu este absolut masculină sau absolut feminină. În fiecare personalitate, în fiecare individ coexistă atât principii masculine, de tipul *animus*, cât și principii feminine, de tipul *anima*, dar în proporții diferite.

Astfel, „anima” este caracteristica personalității femeilor, pe când „animus” este caracteristica personalității bărbaților.

Din punct de vedere psihologic, dar și moral, aceste diferențe „sexuale” sunt absolut evidente și caracteristice. Ele au fost menționate deja și nu vom mai reveni. Vom prezenta în continuare tipurile psihosexuale atât pentru sexul feminin, cât și pentru cel masculin.

Tipologiile psihomorale feminine

M. Dide recunoaște existența unor tipuri psihomorale la femei, pe care le ilustrează cu personaje luate din literatură. Pentru autorul menționat, tipurile feminine sunt marcate de sensibilitate, pasionalism, emotivitate, teatralism. În sensul acesta, el descrie patru tipuri feminine, și anume :

- a) *Olga* – tipul slav, seducătoare, dar inocentă totodată, care dă frâu liber atât fanteziilor sale sexuale, cât și propriilor frustrări ;
- b) *Francine*, tipul latin-francez, ce exercită fascinație și duplicitate. Este preocupată de satisfacerea propriilor sale capricii, gusturi și de luxul ostentativ. Ea își victimizează partenerii, cărora le dă iluzia devotamentului jucând comedia iubirii. Teatralism și mimetism asociate cu indiferența sexuală ;
- c) *Rosina*, tipul latin-sadic, ce afișează o pasiune dezordonată prin jocuri de noroc. Își creează o celebritate prin uciderea amanților, de care se eliberează în acest fel ca dintr-o sclavie. Este tipul de femeie criminală (crimă pasională). De fapt, este vorba de o crimă prin culpabilitate și vanitate homocidară. Insensibilă emoțional față de ceilalți, ea este sensibilă numai la propria sa vanitate. Este tipul femeii egoiste, vanitoase și agresive ;
- d) *Martha*, tipul german, care preferă fantasmеle, fabulațiile romantice și sentimentale, în locul realității. Ea trăiește într-o lume construită de propriile sale imagini, în care se amestecă detaliile erotice corespunzând dorințelor nesatisfăcute. Ea aspiră continuu la răzbunare, vanitate și mitomanie.

Tipologiile psihomorale masculine

Se pot diferenția și pentru bărbați corespondentele celor patru tipuri psihomorale feminine, mai sus menționate. În sensul acesta, utilizând aceleași linii de orientare ca M. Dide, se pot descrie patru tipuri masculine, și anume :

- a) *tipul eroic*, dominant, seducător, aventurier, deschis, cuceritor, destinat marilor acțiuni, dar care sfârșește tragic. Acest tip este ilustrat de Ahile și Siegfried ;
- b) *tipul agresiv*, tiranic, tenebros, violent, brutal, impulsiv, criminal, exploziv, gelos, răzbunător până la cruzime. Personajele care ilustrează acest tip sunt Dimitri Karamazov și marchizul de Sade ;
- c) *tipul pasional*, orgiastic, dezlănțuit, extravert, senzual, cuceritor și hipersexual este ilustrat de Dionysos și Don Juan ;

- d) *tipul romantic*, retras, visător, introvert, idealist, care se culpabilizează și suferă, se autovictimizează și sfârșește prin a se sinucide. El este ilustrat de personajele Werther și Raphael.

Analiza tipurilor sexuale pune în evidență faptul că în interiorul sexelor există o mare varietate de nuanțe, trăsături și particularități caracteristice, care nu numai că diferențiază între ele cele două sexe, dar, mai mult chiar, contribuie la o anumită diferențiere interioară a personalității, în cadrul aceluiași sex.

În afara aspectelor legate de tipologia sexelor, care are în primul rând un caracter structural, se mai pot discuta în același context și câteva aspecte dinamice deosebit de importante (H. Ellis, H. Deutsch, C.S. Ford și F.A. Beach, A. Scheinfeld). Ocupându-se de aspectul relațiilor dinamice dintre cele două sexe, W. Stekel vorbește despre „lupta sexelor”. Între cele două sexe există un raport permanent cu un caracter bipolar : de atragere și de respingere. Psihanaliza acordă o mare importanță acestui aspect în înțelegerea relațiilor intersexuale.

Pentru W. Stekel, „bărbatul și femeia se doresc mutual, ei nu pot trece unul de celălalt, și încă din copilărie individul își dă seama că există o luptă pentru putere între tatăl și mama sa. El își estimează părinții după forța acestora, și-l distinge pe cel mai puternic de cel mai slab, fapt care va fi de cea mai mare importanță pentru comportamentul său ulterior”.

Partenerul sexual nu va mai deveni numai obiectul plăcerii, ci și obiectul dominației. Întotdeauna, afirmă W. Stekel, „tendențele umane sunt bipolare”. La fiecare putere corespunde o *contraputere*.

Bărbatul începe prin a-și deprecia femeia și invers. Acest proces de depreciere a partenerului se desfășoară însă, de regulă, *intra muros*, în cadrul strict limitat al grupului familial, al cuplului. În exterior, femeii îi place să afișeze public capacitățile și succesele soțului său. Bărbații, de asemenea, ascund tendințele de depreciere publică a femeilor, exagerând meritele soțiilor.

Trebuie să vedem în această „luptă a sexelor” jocul „factorilor antisexuali, factorul fizic și victoria sa asupra psihicului, voința de putere și voința de supunere” (W. Stekel).

Pentru W. Stekel, lupta dintre sexe are la bază *legea bipolarității*. Viața umană nu cuprinde nici o afecțiune și nici o impulsivitate care să nu fie echilibrată de o contraafecțiune sau de o contraimpulsivitate. Totul în viața omului are un caracter bipolar : nu există iubire fără ură și nici ură fără iubire. Contrarul iubirii nu este ura, ci indiferența, iar opusul sentimentului este insensibilitatea.

Întrezărim aici, într-o formă mascată, *violența primitivă*. Cele două forțe psihice bipolare – *voința de supunere* și *voința de putere* – își dispută puterea asupra vieții psihice umane. Diferitele manifestări ale extazului erotic se prezintă sub forme legate de tendințele mai sus menționate : *sadismul*, ce exprimă simbolic dorința de putere, și *masochismul*, care este caricatura dorinței de supunere (W. Stekel).

A-i procura plăcere altuia, în cadrul cuplului, semnifică dorința de a-l domina. A te oferi altuia pentru a-i procura plăcere semnifică abdicarea de la propria voință, acceptând să fii dominat. După A. Adler, poziția femeii sub bărbat în cursul actului sexual exprimă, în mod simbolic, atitudinea și dorința de supunere.

Sunt însă și situații în care *rolurile sexuale* se inversează. Este cazul femeilor care doresc să domine bărbatul. În locul unor parteneri virili, viguroși, ele preferă bărbații urâți, cu defecte fizice, infirmi, în compania cărora pot realiza plăcerea simbolică pe care o dă diferența dintre personalitatea lor și cea a partenerului. Este o compensare a unui complex de inferioritate pe care unele femei îl au față de bărbați.

Bipolaritatea mecanismelor psihice este prezentă și în psihogeneza orgasmului: sunt femei ce nu au orgasm decât în cazul relației cu bărbați viguroși, puternici, față de care se simt mici. Altele au orgasm numai dacă în relația cu bărbatul se simt mai puternice, mai mari. În acest caz, bărbatul nu le va poseda niciodată, ci ele îl vor poseda pe el. Acesta este tipul de femei dominante, iar senzația de putere, posesiune și dominare este mijlocul prin care se poate realiza orgasmul. Condiția esențială, în acest caz, este ca femeia să aibă impresia fermă că este superioară bărbatului ei.

În general, femeile dominate manifestă o teamă larvată față de partenerul lor sexual (S. Freud, W. Stekel), ca urmare a unor traume din copilărie. Ele vor prefera ca parteneri sexuali adolescenții, bărbați mult mai tineri decât ele, bolnavii, infirmii etc. Acest tip de femei, care au o atitudine dominantă față de soții lor, permit în schimb amantilor tot ceea ce le refuză propriilor lor soți.

Toate aspectele prezentate mai sus pun în evidență, încă o dată, în mod deosebit de pregnant, complexitatea tipologiilor sexuale, extrema lor nuanțare atât din punct de vedere structural, ca organizare psihobiologică, dar și complexitatea lor dinamică, aducând la suprafață aspecte deosebit de interesante ale personalității umane.

Un aspect asupra căruia trebuie să insistăm atunci când sunt analizate *tipurile sexuale* îl reprezintă „*imaginea*” tipologică a individului. *Imaginea de sine* ca modalitate formală de *înfățișare* a Eului personal este deosebit de importantă în psihosexologie. Ea scoate în evidență, într-o manieră specifică și concentrată, caracteristicile psihologice de tip sexual ale persoanei respective. De regulă, acest aspect este tratat însă exclusiv din punct de vedere formal, ca modalitate de *a se prezenta* a unei persoane. Important e însă a căuta să vedem ceea ce *este dincolo de imagine* sau, mai exact, de a *surprinde* esența acesteia.

La baza imaginii tipologice în psihosexologie stau două modele fundamentale cu valoare de *arhetip*: *bărbatul și femeia*, ca *părți ale cuplului* primordial, prezenți în oricare legendă sau mit al *creației omului*. Istoria umanității începe cu *mitul cuplului originar*: Adam și Eva, modelele arhetipale din care descind *bărbatul și femeia*. Cele două *personaje* reprezintă *modelele primordiale* la care se raportează orice individ, ca identitate sexuală. Aceste arhetipuri au următoarele atribute funcționale:

- desemnează identitatea sexuală a individului (bărbat și femeie);
- stabilesc statutul și rolul psihosexual ale individului, ca bărbat și ca femeie;
- concentrează și desemnează specific simbolică sexuală a tipului respectiv (bărbat și femeie);
- sunt modelele la care se raportează fiecare individ în calitate sa de bărbat sau femeie;

Se poate spune, din cele de mai sus, că arhetipurile stau la baza tipurilor sexuale, bărbat și femeie, ele concentrând două aspecte :

- a) *latura formală*, externă, reprezentată prin imaginea specifică fiecăruia dintre aceștia (bărbat și femeie) ;
- b) *latura simbolică*, drept semnificație interioară, reprezentând atributele caracteristice fiecăruia dintre ei (bărbat și femeie).

Dacă *arhetipurile* fixează *modelul tipologic* de referință la care se vor raporta permanent atât *bărbatul*, cât și *femeia*, ceea ce-i va diferenția specific este *imaginea* și/sau *înfățișarea* acestora din urmă ca modalitate de *a se prezenta*, în lume, de *a fi în raport cu ceilalți*. Imaginea de sine în psihosexologie are o puternică și complexă încărcătură simbolică și emoțional-afectivă, dincolo de care trebuie să vedem tendințele pulsional-sexuale profunde ale inconștientului care le generează. Modalitatea de *a te înfățișa* exprimă în mod accentuat caracteristicile sexuale ale tipului individului respectiv : bărbat sau femeie.

Construirea imaginii de sine are ca punct de plecare elementele somato-corporale cu semnificație erotico-sexuală atât la *femeie* (ochii, nasul, gura, fața, bărbia, gâtul, sânii, mâna, picioarele, părul), cât și la *bărbat* (fruntea, ochii, nasul, buzele, barba, mâinile, spatele, brațele, mișcările, mersul, vocea).

Imaginea are un rol important și în comunicarea dintre cele două sexe și urmărește să realizeze următoarele :

- a) să atragă atenția persoanelor de sex opus asupra sa, să se facă remarcant/remarcată ;
- b) să provoace dorință din partea persoanelor de sex opus ;
- c) să se facă plăcută, să captureze partenerul ;
- d) să elimine persoanele de același sex cu care ar putea fi în concurență ;
- e) să comunice și, în final, să formeze un cuplu cu persoana dorită.

Elementele care participă la realizarea acestor aspecte sunt reprezentate prin următoarele :

- a) privirea, surâsul, vocea, mirosul, mișcările, mersul ;
- b) vestimentația ;
- c) cosmetica, coafura ;
- d) conversația, nivelul de cultură și educație ;
- e) profesionalizarea ;
- f) stilul de viață ;
- g) reputația.

Aspectele mai sus menționate fac parte integrantă din modul de a fi al persoanei respective, pe care o *reprezintă* în mod specific în societate în raport cu *statutul* și *rolul* acesteia. Trebuie menționat faptul că *imaginea de sine* și semnificația psihosexuală a acesteia se modifică în decursul vieții individului, în raport cu vârsta, nivelul de educație, cultură și profesionalizare, cu poziția socială, cu stilul de viață etc.

Un rol important în adoptarea unei anumite imagini de sine specifice fiecărei epoci istorice socioculturale îl reprezintă *raportarea* la anumite *modele circulante* pe care societatea le *valorizează* la un moment dat și care sunt *imitate* pentru motivul că *se poartă*. În sensul acesta, accentul se va pune pe aspectul formal, pe modul/moda de a *se purta în societate*, fapt care face ca în societatea modernă a secolului XX, de exemplu, să fie preferate ca *modele* „vedetele de cinema”, „cântăreții de muzică ușoară”, „manechinele” și „fotomodelele”, „sportivii” etc.

În aceeași direcție a unei *culturi a imaginii* se înscriu activitățile stilistice de *modă vestimentară*, precum și spectacolele de *parada modei*, veritabile *ritualuri* ale fanteziei creatoare de *vestimentație* cu semnificație psihosexuală simbolică de factură sublimată în creația *costumului* sau, mai exact, a relațiilor *costum/trup*.

Ce reprezintă toată această galerie de elemente cu caracter decorativ, care contribuie la formarea *imaginii* individului? O veritabilă *cultură ornamentală a trupului* ce urmărește să scoată în evidență, într-o manieră sublimat-provocatoare, elementele unei simbolistici cu o mare încărcătură pulsională și emoțională, de factură erotico-sexuală.

Capitolul 6

Comportamentul sexual

Comportamentul sexual reprezintă una dintre formele de manifestare a persoanei, fiind cel mai intens influențată de „factorii de modelare” veniți din cele mai diferite direcții. Trecerea de la „viața în natură” la „viața în cetate” a impus adoptarea cu obligativitate a unor „modele de comportament” stricte, normate de legi, reguli etc., care stabilesc modalitățile permise de manifestare și utilizare, atât în plan individual (*intim*), cât și în plan colectiv (*public*), ale comportamentelor sexuale.

Aceste norme hotărăsc *ceea ce este permis* și *ceea ce este interzis*, în funcție de valorile modelului sociocultural și de valorile moral-religioase ale societății (comunităților umane) respective. Este un aspect al „normării sexualității” care reprezintă una dintre cele mai importante momente ale istoriei umanității, întrucât marchează trecerea de la „sălbăticie” (considerată ca „viață în natură”) la „civilizație” (considerată ca „viață în cetate”). Faptul acesta ni se pare a avea o importanță covârșitoare în evoluția ulterioară a speciei umane, în asemenea măsură încât s-ar putea spune că sensul acestei evoluții a depins într-o foarte mare măsură de „normarea prin reprimare” a conduitelor sexuale umane. Stabilitatea unei societăți se bazează într-o mare măsură pe „controlul pulsionilor” – atât individuale, cât și colective. Or, un astfel de „control” presupune stabilirea, în egală măsură, a unui echilibru între *interdicție* și *acceptare* sau între „nevoi-trebuințe” și „modalitățile de satisfacere” a acestora.

Un model sociocultural și moral-religios pozitiv se caracterizează printr-o echilibrare perfectă între „nevoi” și „satisfacere”, în sensul că ceea ce este „reprimat” într-o direcție trebuie „compensat” sub o altă formă într-o altă direcție. Sistemele sociale represive se caracterizează prin acțiuni de reprimare fără compensare, fapt care duce la o mare acumulare tensională prin nedescărcare pulsională.

Sistemele sociale permissive se caracterizează printr-o absență a normelor de reprimare, fapt ce duce la o eliberare/descărcare de tip haotic-dezordonat a pulsionilor, care în cazul acesta scapă de sub orice formă de control. Ambele situații au un caracter negativ. O dată stabilite însă aceste aspecte, să revenim la analiza *factorilor de modelare* a comportamentului sexual.

La originea modelării comportamentului sexual stau sentimente sufletești și morale specifice, raportate în mod direct la modalitatea de utilizare a sexualității, și anume: frica, rușinea și vinovăția. Aceste *sentimente psihomorale* apar în cadrul relațiilor interpersonale dintre indivizii din organizările social-umane, iar normarea

conduitelor sexuale urmărește din punct de vedere psihomoral evitarea producerii lor. Se stabilesc în felul acesta cele două *zone de manifestare psihosexuală*: zona de *intimitate personală* și zona de *manifestare publică*.

Intimitatea sexuală personală este rezervată strict cuplurilor, pe când manifestările publice au caracterul unor manifestări colective cu caracter periodic, strict normate, sub formă de ritualuri, ceremonialuri, spectacole, festivaluri, manifestări artistice etc. În ambele situații, se produce o *descărcare pulsională* fie în interiorul cuplului, prin utilizarea liberă a sexualității, fie într-un cadru public, prin formele de manifestare sublimată mai sus menționate. În acest al doilea caz, asistăm la o „eliberare pulsională colectivă, cu rol cathartic, oferită cel mai frecvent de spectacole etc. De asemenea, trebuie menționată o anumită categorie de *instituții tolerate* de societate cu rol de *utilizare discretă* a sexualității (casele de toleranță, cluburile minorităților sexuale etc.). Această *excepție* reprezintă, în esența ei, o formă de *sectorializare* acceptată tacit a unor forme de manifestări la limita normalității, care prin *segregare* pot fi controlate, evitându-se astfel răspândirea lor socială.

Factorii care influențează comportamentul sexual și pe care i-am numit *factori modelatori* sunt, cum spuneam, de două feluri:

- a) *factori represivi*, reprezentați prin interdicții;
- b) *factori eliberatori*, reprezentați prin libertăți permissive.

Ideea în sine este universală, dar tipologia acestora se modifică o dată cu epoca istorică, cu formele de sensibilitate, modelele de gândire și stilul de viață social. În toate situațiile însă, obiectul acțiunii acestor factori îl reprezintă *pulsiunile sexuale* și, în special, modalitatea de utilizare (*regimul plăcerilor*) a lor. Trebuie însă avut în vedere faptul că *factorii modelatori* nu urmăresc *anularea pulsiunilor sexuale*, ci numai *utilizarea lor normată* ca modalitate acceptată social în raport cu legile civile, normele morale și religioase și cutumele societății respective. Aceasta presupune faptul că în locul *pulsiunilor sexuale primare* (ale inconștientului) sunt puse *valorile cultural-moral-religioase* (ale Supra-Eului), care oferă, astfel, *soluții compensatorii* specifice vieții civilizate. În felul acesta, se va produce, prin intermediul normelor și al legilor, o *deturnare sublimată* a pulsiunilor primare, ce sunt orientate și, ulterior, convertite în acte și conduite cu semnificație socioculturală, moral-religioasă, artistică etc.

Factorii modelatori ai comportamentului sexual pot fi grupați în următoarele forme:

- a) *familiali*: modele parentale, educație afectivă, primele interdicții;
- b) *sociale*: rolul instituțiilor (școala), legi, norme de conduită, obligații și datorii, drepturi etc.;
- c) *culturale*: soluții de sublimare/compensare;
- d) *moral-religioși*: interdicții, reprezentări, deturnări asupra altor *obiecte*, ideea de vinovăție, rușine, păcat, dezonoare, care duc la devalorizarea persoanei.

Având în vedere cele mai sus menționate, putem trece la analiza comportamentului sexual.

Comportamentul sexual cuprinde ansamblul de conduite sexuale care exprimă atitudinea ființei umane față de sexualitate, organele și funcțiile sexuale, precum și tot ceea ce derivă din acestea și face diferențierea între cele două sexe (A. Hesnard).

Comportamentul sexual, după A. Hesnard, presupune două aspecte :

1. problemele legate de psihofiziologia nevoii sexuale și impulsunea erotică elementară, psihologia dorinței erotice, actul sexual etc. ;
2. conduitele diferențiate ale sexelor, care includ :
 - a) trăsăturile sexuale caracteristice ale masculinității și ale feminității ;
 - b) trăsăturile ambigue ale intersexualității, privind în special relațiile sexuale dintre persoane de același sex (homosexualitatea) ;
 - c) trăsăturile caracteristice comportamentului sexual orientat către sine însuși (narcisismul).

Înainte de a analiza *comportamentul sexual*, este absolut necesar să se studieze *contrasexualitatea*. După A. Hesnard, „*contrasexualitatea reprezintă ansamblul de procese biologice și psihologice care se opun, în cazul individului uman, satisfacerii naturale și libere a tendințelor sale sexuale*”.

Noi înțelegem prin acestea nu numai apetențele pur organice, genitale, ci și aspirațiile erotice electiv, dorințele și impulsunile amoroase. Avem în vedere, în acest caz, un vast sistem de contrapulsuni instinctive și de contratendințe afective. Acestea se dovedesc a fi mai complexe decât impulsunile și tendințele care au ca scop biologic înfrânarea sau anularea pulsionilor sexuale.

Factorii individuali și sociali de înfrânare și condamnare a tendințelor sexuale pot fi : emoțional-afectivi, fiziologici, social-morali.

Contrasexualitatea se manifestă în sfera activității erotice genitale. Ea rezultă dintr-un proces afectiv inhibitor, în virtutea căruia tendințele naturale ale individului vin în contradicție cu aspirațiile personale, cu normele morale și sociale. În consecință, individul își va reprimă propriile pulsuni erotice. Copilul învață că sfera sexuală implică rușinea, greșeala, vinovăția, imposibilul. De acestea se leagă timiditatea, rușinea, pudoarea, sfera mistico-religioasă.

În anumite circumstanțe, apar tulburări nevrotice sau psihonevrotice de următoarele tipuri : angoasă de castrare, complexe de culpabilitate, teamă de incest.

De multe ori, apar fenomene de tipul autoerotismului sau narcisismului, așa cum vom vedea mai departe.

Cel mai important aspect al comportamentului sexual este reprezentat de *actul sexual*. Comportamentul și actul sexual au fost studiate de H.W. Masters și V.E. Johnson, care au descris *ciclul sexual* sau *ciclul reacțiilor sexuale* atât la bărbat, cât și la femeie. În conformitate cu normele de clasificare propuse de *DSM-III-R*, ciclul de răspuns sexual complet se compune din patru faze (pe care le regăsim și la alți autori). Acestea sunt următoarele :

- a) *faza apetitivă*, ce constă într-o serie de fantezii legate de activitatea sexuală și de dorința de a avea activitate sexuală ;
- b) *faza de excitație*, ce rezidă în senzația subiectivă de plăcere sexuală legată de modificările fiziologice care o însoțesc. La bărbat, se constată turgescența penisului,

care duce la starea de erecție și apariția secreției glandelor Cowper. La femeie, se constată o vasocongestie pelvină, lubrifierea vaginală cu congestia organelor genitale externe, precum și tumefierea sânilor ;

- c) *faza de orgasm*, reprezentată prin momentul culminant al atingerii maximumului de plăcere sexuală, asociată cu relaxarea stării de tensiune sexuală și contracții ritmice ale mușchilor perineali și organelor genitale. La bărbat, se notează senzația de ejaculare, urmată de emisia intravaginală a lichidului spermatic, la care se asociază contracția prostatei, a veziculelor seminale și uretrei. La femeie, se produc contracții ale peretelui treimii externe a vaginului. În plus, la ambele sexe se constată o stare de tensiune musculară generalizată, asociată cu contracții pelviene sau generalizate ;
- d) *faza de rezoluție*, ce constă într-o senzație de relaxare generală, la care se asociază o stare de bine, de confort și de destindere musculară.

Revenind la H.W. Masters și V.E. Johnson, aceștia recunosc, de asemenea, patru faze ale *ciclului reacțiilor sexuale* : *faza de excitație*, *faza în platou*, *orgasmul* și *faza de rezoluție*. Cele patru faze constituie *curba evoluției tensiunii sexuale*, după autorii menționați. Vom prezenta în continuare aceste aspecte, la bărbat și la femeie.

Ciclul sexual la bărbat

La bărbat, există un singur tip de răspuns sexual în timpul copulației, cu mici variații, ce se înscrie după o diagramă în care se disting cele patru faze mai sus menționate :

- a) *faza de excitație și erecție* : primul răspuns fiziologic la stimularea sexuală eficace este intrarea penisului în stare de erecție. Erecția survine, până la vârsta de 40 de ani, la 3-8 secunde de la debutul unei excitații.

Când tensiunea sexuală și erecția bărbatului ating un anumit nivel, în prezența partenerei, apare necesitatea de intromisiune și începe copulația propriu-zisă. Intensitatea erecției poate crește sau se poate diminua până la dispariție, dacă excitația se prelungește. De asemenea, erecția poate dispărea, parțial sau complet, prin apariția unor stimuli nesexuali (un zgomot violent, auzul unor voci străine, prezența unei asistente etc.), chiar dacă are loc o stimulare fizică genitală. Concomitent cu erecția penisului se produce și o creștere vasocongestivă a testiculelor și o ridicare a lor parțială către perineu, prin scurtarea cordonului spermatic.

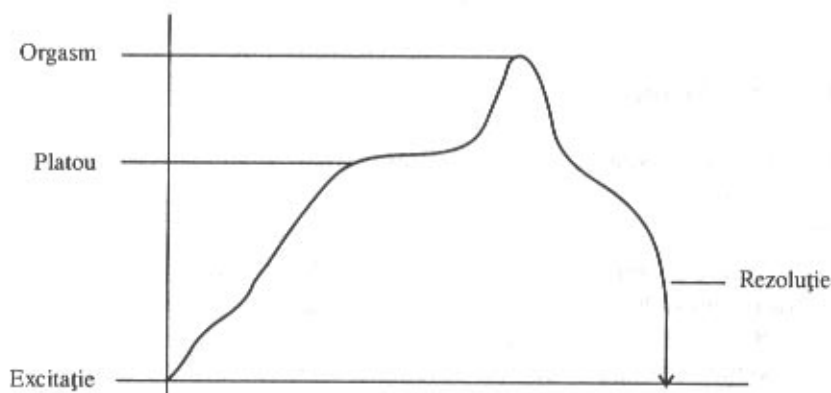
Extragenital se constată o creștere a ritmului cardiac, paralel cu creșterea tensiunii sexuale. Tensiunea arterială crește o dată cu intromisiunea penisului în vagin ;

- b) *faza în platou* : acestei faze îi corespunde o creștere a circumferinței glandului și o schimbare a culorii acestuia în roșu-violet. Către sfârșitul fazei, reacția testiculară este maximă, aceasta crescând în volum aproape cu 50 %. Glandele Cowper emit 2-3 picături de mucus. Faza în platou se însoțește de creșterea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale ;

- c) *faza de ejaculare* ; această fază se desfășoară în două etape, și anume : în prima etapă se produce o expulzare a lichidului seminal în afara glandelor sexuale accesorii (prostată, vezicule seminale, canal ejaculator) în uretra posterioară ; în cea de-a doua etapă se produce progresiunea lichidului seminal (sperma) sub presiune de-a lungul uretrei penisului până la meatul urinar. Aceasta se datorează contracțiilor musculare ritmice, care expulzează lichidul seminal în interiorul vaginului.

Orgasmul este senzația paroxistică plăcută, dată de eliberarea bruscă din tensiunea neuropsihică acumulată anterior. El este produs și de volumul lichidului seminal ejaculat, fiind cu atât mai intens, cu cât lichidul este mai abundent. În cursul orgasmului, cresc ritmul respirator, ritmul cardiac și tensiunea arterială. Mai poate apărea și un eritem maculo-papulos al tegumentelor, precum și contracții involuntare și spasme ale unor grupe musculare ;

- d) *faza de rezoluție* : în cursul acesteia se produce detumescenta penisului. Dacă actul copulator a fost prelungit, se menține mai mult timp turgescența penisului. Testiculele revin la mărimea normală. Apare o stare de transpirație în palme și plante. Ritmul respirator, cardiac și tensiunea arterială revin la valorile normale.



Schema ciclului răspunsului sexual la bărbat

Ciclul sexual la femeie

H.W. Masters și V.E. Johnson au constatat la femei trei tipuri majore de răspuns sexual și de obținere a orgasmului : o curbă abruptă, asemănătoare orgasmului masculin, și două curbe de un tip mai lent, „în dom” și „în platou”.

În ceea ce privește ciclul sexual la femeie, se descriu tot patru faze, ca și la bărbat. Acestea sunt următoarele :

- a) *faza de excitație* : în cursul acestei faze, se produce o turgescență a glandului clitoridian. Urmează o lubrefiere a vaginului, urmată de o destindere a canalului vaginal și de ridicarea parțială a uterului în poziția anterioară. Ca reacție extragenitală,

se produce erecția mameloanelor și tumefierea globală a sânilor. Musculatura abdominală și intercostală este în stare de hipertonie. Se produce o creștere a ritmului cardiac ;

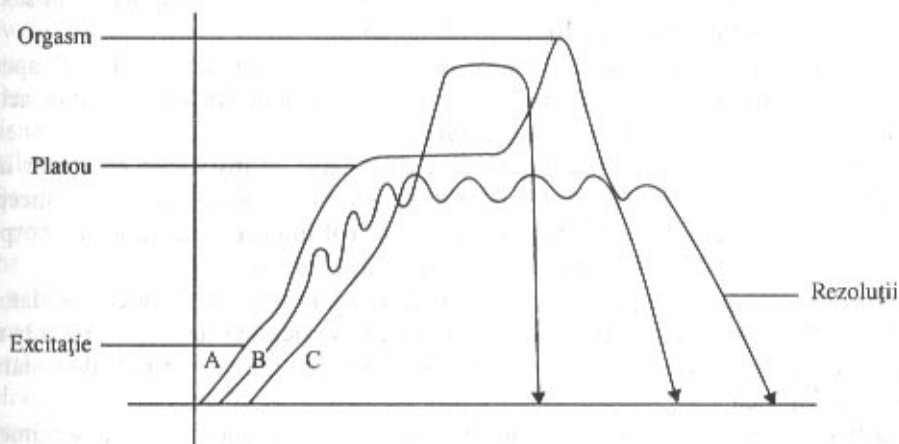
b) *faza în platou* : această fază constituie răspunsul fiziologic al vaginului și constă într-o vasocongestie netă, localizată în special în treimea externă a vaginului, cu creșterea lui în lungime și în lărgime.

Uterul suferă o ridicare completă în marele bazin, concomitent cu creșterea excitabilității colului uterin. Glandele Bartolin secretă mucus ;

c) *orgasmul feminin* ; în momentul orgasmului, se produce o tensiune musculară în tot corpul femeii : gât, brațe, gambe, care încep să se contracte într-un spasm involuntar. Concomitent se produc contracții uterine, ale sfincterelor uretral și anal. Ca reacții extragenitale, se constată o deturgescență a mameloanelor. Eritemul cutanat atinge maximum de intensitate. Cresc ritmul respirator, cardiac și tensiunea arterială.

În cursul fazei de orgasm, apar câteva tipuri de senzații subiective ale femeii. Aceasta se desfășoară în două faze : în prima fază apare o senzație de oprire, de „suspensie”, urmată de o creștere a senzorialității clitoridiene iradiată în pelvis ca o explozie, ca un șoc, cu senzația de pierdere a unui fluid ; în cea de-a doua fază femeia simte o senzație de căldură care invadează zona pelviană și se răspândește apoi în tot corpul. Apare o senzație involuntară de contractură în vagin și în pelvis ;

d) *faza de rezoluție* : această fază urmează imediat celei de orgasm și este resimțită ca o descărcare, ca o împlinire. Femeia are acum nevoie de tandrețe, de o atitudine din partea partenerului care să nu-i dea impresia de abandon sau de faptul că a fost utilizată în scopul exclusiv al obținerii unei plăceri de moment.



A = tipul de răspuns „în vârf”

B = tipul de răspuns „în platou”

C = tipul de răspuns „în dom”

Schema ciclului răspunsului sexual la femeie

Independent de *comportamentul sexual psihobiologic*, se discută și despre o latură pur *psihologică* și una *psihosocială* a comportamentului sexual la om (A. Hesnard, A. Forel).

Elementul central care stă la baza acestuia este *apetitul sexual* și reprezintă forma de manifestare a instinctului sexual. La ființele inferioare, se constată numai elanul instinctual pur. La animalele superioare, apare un fel de *simpatie*, mai mult sau mai puțin durabilă, între sexe (A. Forel).

La om, apetitul sexual mai este normat de valorile morale, culturale, religioase și sociale ale modelului sociocultural.

Obiectul iubirii îi apare omului în culori celeste, care acoperă toate defectele și toate mizeriile realității. Fiecare clipă îi inspiră sentimente despre care crede că vor dura o veșnicie. Promite lucruri imposibile, o fericire fără margini. Lucrurile cele mai banale devin obiectul unor dorințe arzătoare. Dar de îndată ce orgasmul s-a produs și apare senzația de satisfacție, peste scenă cade o cortină care face să reapară realitatea (A. Forel).

Întrucât apetitul sexual depinde de sexul și de vârsta individului, vom analiza în continuare acest aspect atât la bărbat, cât și la femeie.

Apetitul sexual la bărbat este legat de faptul că el reprezintă elementul activ al acuplării. Din acest motiv, apetitul său este mai puternic, mergând până la agresivitate. El apare la vârsta pubertății ca un sentiment difuz, amestecat cu numeroase fantasme. Apar visele erotice și poluțiile nocturne, se schimbă interesele, privirea, vocea, înfățișarea, aspectul fizic, mersul, mișcările.

La adult, apetitul sexual devine un comportament regulat, normat în sfera familiei. În acest caz, interesul va scădea prin obișnuință și plictisire. Apare dorința de schimbare, căutarea noului, se redeschide agresivitatea manifestată prin dorința de aventură. Apar, legat de potență sau impotență, noi forme de comportament sexual. Încep să aibă valoare mass-media (TV, filmul etc.).

Bărbatul reprezintă elementul activ în cadrul cuplului sexual. La el apetitul sexual este mult mai puternic decât la femeie și se identifică cu dorința actului sexual. Actul sexual este principala activitate masculină.

Prima manifestare a apetitului sexual apare o dată cu instalarea erecțiilor involuntare. Băieții încep să fie atenți la diferențele dintre sexe, iar fetele încep să exercite o atracție puternică asupra acestora. Un rol important îl au forma corpului fetelor, îmbrăcămintea, accesoriile, cosmetica, mirosul etc.

În ordine imediată, după erecții, se situează la băieți poluțiile nocturne datorate viselor erotice. Acumularea lichidului spermatic în veziculele seminale excită în mod puternic apetitul sexual al bărbatului, iar evacuarea acestuia este urmată de o stare de satisfacere erotică.

La bărbat, apetitul sexual se poate manifesta prin fizionomie, idei, sentimente, acțiuni, limbaj etc.

Un rol important revine potenței sexuale. Aceasta reprezintă capacitatea bărbatului de a avea erecții urmate de ejaculări seminale, elemente esențiale ale realizării actului sexual. Impotența este incapacitatea bărbatului de a avea raporturi sexuale din pricina deficiențelor sau chiar a absenței totale ale erecției și ale ejaculării.

Apetitul sexual masculin este provocat și întreținut de formele corpului feminin, mirosul specific, vocea, fizionomia, vestimentația și cosmetica, părul etc. În sensul acesta, se notează faptul că întotdeauna extremele se atrag: persoanele slabe le preferă pe cele grase etc.

Diminuarea în diferite grade a apetitului sexual la bărbat este legată și de conflictele cu partenera, răceala și repulsia exercitate de aceasta, dezinteres pentru activitatea sexuală, lipsa de tandrețe etc. Femeia normală posedă o tactică admirabilă și nuanțată de a-și masca sau mobiliza sentimentele pentru a seduce și a nu leza orgoliul masculin.

Apetitul sexual este influențat, dincolo de elementele aparținând spațiului intim al partenerilor cuplului, și de elementele care provin din spațiul social-public (moravuri, mode, mass-media), în sens pozitiv sau negativ. Un rol important revine artei moderne, ca mijloc de a excita erotismul. Urmează reclama, filmele sau literatura erotică, slăbirea controlului prin educație, propaganda erotică, prostituția etc.

Întreținerea apetitului sexual la bărbat depinde de sursele de excitație sexuală și de o activitate sexuală regulată, permanent întreținută. Astfel, scăderea motivației erotice duce la o scădere a apetitului sexual și a intensității relațiilor sexuale.

În ceea ce privește diferențele între apetitul sexual al bărbatului și cel al femeii, ele sunt legate și de structura personalității acestora. Un bărbat poate fi un partener și un soț iubitor și devotat, atent cu soția sa, dar își poate manifesta apetitul sexual și în afara cuplului marital. Femeia normală este însă stabilă și fidelă soțului său, incapabilă de a face o separație între iubire și dorința sexuală.

Apetitul sexual la femeie diferă de cel al bărbatului și prin pasivitate și lipsa ejaculării. El se desfășoară în principal în planul imaginativ. La multe femei, apetitul sexual lipsește și, din acest motiv, coitul devine un act dezagreabil, nedorit, evitat sau chiar refuzat.

Acest tip de femei, de regulă frigide, sunt adesea cele mai cochete, atrăgând atenția bărbaților prin nevoia lor puternică de iubire și tandrețe.

De obicei, la femeile normale, dorința erotică legată de contactul sexual este depășită ca preocupare și intensitate de ansamblul consecințelor pe care „relația sexuală” cu un bărbat le are pentru ele ca perspectivă de viață.

Dorința sexuală a unui individ depinde însă în mare măsură de partenerul acestuia, care poate declanșa, întreține și satisface orice dorință sau, dimpotrivă, o poate inhiba sau deturna în alte direcții sau forme de manifestare.

La femeie, dorința sexuală este dominată de instinctul de procreare, ce se combină cu nevoia de a se dăruia pasiv, de a juca rolul unei persoane devotate care suferă, suportă și, în final, este învinsă, subordonată și condusă de partenerul ei. Aceste „aspirații negative”, după A. Forel, fac parte integrantă din apetitul sexual normal al femeii.

O femeie normală cere din partea unui bărbat, în primul rând, iubire, tandrețe, un sprijin ferm în viață, o anumită manieră de a se purta și copii.

După părerea lui A. Forel, particularitățile apetitului sexual la femeie sunt rezultatul combinării următorilor factori:

a) influența profundă a funcțiilor sexuale asupra întregii sale existențe;

- b) rolul sexual pasiv ;
- c) facultățile sale mintale speciale.

Prin aspectele mai sus menționate se explică, în cazul femeii, cochetăria sa exagerată, instinctivă, nevoia de „a părea” cât mai atrăgătoare în fața bărbaților pentru a le fi plăcută prin exteriorul său, modul de a se îmbrăca, de a se farda, privirea, mișcările, timbrul vocii, grația etc. Aceste aspecte capătă conotații particulare în cazul văduvelor. După A. Forel, în sufletul văduvei se luptă două sentimente puternice: perseverența și constanța feminină în dragoste, legată de cultul soțului defunct; obișnuința de a avea raporturi sexuale și vidul care reclamă o compensație după decesul soțului. Dacă apetitul sexual scade sau lipsește ca o consecință „reactivă” după decesul partenerului, conduita văduvei va fi conformă conveniențelor social-morale, renunțând la avansurile erotice ale altui bărbat.

În ceea ce privește apetitul sexual al femeii la vârsta critică, se notează, de regulă, exacerbară acestuia ca o nevoie imperioasă crescută în raport cu ritmul anterior. Aceste diferențe de apetit sexual sunt, de regulă, mai puternic manifestate la femeie decât la bărbat, luând uneori un caracter de „hipererotism patologic” de tipul nimfomaniei.

Alte aspecte de o importanță deosebită în ceea ce privește comportamentul psihosexual sunt reprezentate de inițierea sexuală, primul act sexual și *primul partener*, de *modalitatea de continuare* sau de desfășurare a actelor sexuale.

Inițierea sexuală este legată de modelul individual, de familia de origine și de mediul social ale individului, având o importanță deosebită în formarea personalității și a conduitelor.

Primul act sexual, precum și primul partener sunt deosebit de important atât pentru bărbați, cât și pentru femei și își vor pune amprenta asupra personalității, a conduitei sexuale, a atitudinii individului față de actul sexual, față de cuplu, de familie și de viitorul partener. Sunt absolut necesare o prealabilă pregătire de ordin psihologic, cunoașterea partenerului, evitarea stărilor de tensiune și mai ales a violenței.

Orice comportament sexual prezintă mai multe aspecte: el se poate desfășura normal, ca frecvență și relații între parteneri, sau, dimpotrivă, poate fi marcat printr-o discontinuitate, perioadă îndelungată de abținere, schimbarea partenerilor etc. Un rol important în aprecierea acestui tip de comportament îi revine *excesului sexual*.

Excesul dorinței sexuale apare ca o formă de manifestare în plus, ca frecvență, în raport cu norma apetitului sexual. El se poate observa, în egală măsură, atât la bărbat, cât și la femeie.

D. Cociglio și E. Mecco afirmă că excesul sexual apare ca o formă particulară de comportament sexual care este o manifestare directă a dorinței sexuale. Referitor la acest aspect, autorii citați susțin că nu se poate vorbi de un exces sexual absolut, el având de regulă un caracter relativ, fiind apreciat ca o exacerbare a dorinței sexuale a unei persoane în raport cu exigențele partenerului, contextul sociocultural, natura Supra-Eului etc. Aceiași autori notează că în cazurile de pseudoexces sexual trebuie să discernem o patologie obsesională însoțită de manifestări compulsive.

Majoritatea autorilor sunt de acord că trebuie avute în vedere mai multe aspecte în cazul excesului dorinței sexuale. În sensul acesta, se deosebesc aspecte de ordin endocrin, neurologic, psihiatric, psihologic și psihoterapeutic sexologic pur. Le vom descrie pe rând în continuare.

1. *Cauzele endocrinologice* ale excesului dorinței sexuale țin de următoarele situații patologice: tumori hipofizare sau pineale, hipersexualitate compensatorie din cursul hipogonadismului, pseudopubertatea precoce, hipocorticosuprarenalismul, tumori ale corticosuprarenalei, terapia cu testosteron la femeile cu cancer mamar.
2. *Cauzele neurologice* ale exceselor sexuale sunt legate de următoarele situații clinice: leziuni sau ictusuri ale lobilor frontali, temporali sau ale regiunii diencefalice, tumori ale girusului cinguli, epilepsia, în special formele temporale.
3. Printre *cauzele psihiatrice* ale exceselor sexuale se numără următoarele afecțiuni psihice: schizofrenia, în special în perioadele acute și supraacute, psihozele atipice, episoadele maniacale ale psihozelor afective ciclice, tulburările de anxietate, în cursul cărora activitatea sexuală apare ca o formă de apărare împotriva acesteia, tulburările obsesionale compulsive, tulburările isterice ale personalității de tipul cochetăriei sau al donjuanismului, stările demențiale, debilitatea mintală, tulburările de tip antisocial, sociopatic ale personalității, abuzul cronic de alcool, amfetamine, cocaină, marijuana, LSD, mescalină, cantaridă, tiroxină, L-Dopa.
4. *Psihologia și psihopatologia* pot furniza date interesante referitoare la excesele dorinței sexuale. *Psihanaliza* pune accentul pe hipersexualitatea de tip nevrotic, legată în special de fixațiile oedipiene, hipersexualitatea ca reacție de apărare în sens psihodinamic în raport cu anxietatea, inhibițiile, perversiunile, supraestimarea propriului Eu, necesitatea de compensare a unui vid interior sau a lipsei de tandrețe, formă mascată a agresivității.
5. În sfera *sexologiei* propriu-zise, hipersexualitatea este expresia unor dereglări psihosexuale diferite, cum ar fi: anorgasmia, frecventă la prostituate, satiriazisul și ninfomania.

La om, comportamentul psihosexual are un caracter complex. Adesea, pulsunile sexuale nu se pot manifesta liber, direct, deschis, necesitând forme „ocolite” de manifestare, apelând astfel la calea sublimării. Sublimarea joacă în felul acesta un rol extrem de important în procesul de „descărcare pulsională” în cadrul comportamentului psihosexual uman. Una din formele care însoțesc manifestările psihosexuale este și *flirtul*.

Flirtul se identifică adesea, în mod greșit însă, cu termenii de *cochetărie*, *fantezie*, *capriciu* etc. El cuprinde o serie de manifestări și relații dintre partenerii de sexe diferite, care trebuie net distinse de cochetărie.

Cochetăria este un atribut specific feminin, o irradiație pur psihică a personalității feminine, cu care și prin care aceasta caută să fie remarcată în cadrul grupului său social, să se plaseze în centrul atenției.

Flirtul este legat de apetitul sexual și constituie expresia externă a acestuia. Este un limbaj polimorf, care exprimă clar dorințele sexuale ale unui individ față de partenerul său.

Flirtul debutează cu o ușoară privire provocatoare și timid amoroasă. El cuprinde tot felul de jocuri amoroase, sărutări, îmbrățișări, mergând până la atingeri taxate uneori ca impudice și care pot duce la declanșarea orgasmului fără a se consuma actul sexual. Flirtul depinde însă și de educația și temperamentul individului, fiind într-o anumită măsură normat de valorile modelului sociocultural.

În același context de activități mai sunt incluse și alte „jocuri” cu valoare erotică, cum ar fi: dansul, plimbările, întâlnirile, conversațiile, cadourile reciproce.

Flirtul are aspecte diferențiate, așa cum afirmam, în funcție de educație, temperament, modelul adoptat de persoană, contextul sociocultural etc. El este un atribut al ambelor sexe. Pentru femeie, flirtul constituie singura formă admisă de expresie a sentimentelor sale erotice. În ceea ce-l privește pe bărbat, acesta fiind mai violent în modul de exprimare a pasiunilor sale, flirtul va fi expresia indispensabilă a dorinței lui sexuale imperioase, de moment. La unele persoane însă, flirtul poate înlocui chiar complet actul sexual.

Capitolul 7

Activitatea erotică infantilă

Existența unei sexualități infantile, cu caracter natural, este admisă astăzi de majoritatea specialiștilor.

Multe din fenomenele psihologice observate la adult, aparent total inexplicabile la o analiză imediată, capătă un sens când sunt raportate la „experiențele” primilor ani de viață ai individului. În sensul acesta, se poate afirma că mentalitatea adultului este, din punct de vedere afectiv, rezultanta experiențelor din copilăria acestuia (S. Freud, W. Stekel, O. Rank).

Oamenii au legat întotdeauna amintirile lor din copilărie de o explicare a naturii propriului lor caracter și a propriului lor destin, în raport cu „experiențele sexuale” (H. Ellis, S. Freud, W. Stekel, N. Maranon). Cea mai mare parte a impresiilor emoțional-afective ale persoanei nu dispar, nu se șterg, ci rămân depozitate într-o formă inconștientă, constituind „zestrea psihologică” a individului respectiv, fundamentul psihobiografiei sale.

Comportamentul copilului în primii săi 4-5 ani de viață pune în evidență instinctul sexual, deși incomplet diferențiat, într-o formă nudă și în toată sinceritatea sa primitivă (A. Hesnard).

Sexualitatea infantilă prezintă un caracter dominant ce se deduce din faptul structural care constă în absența glandelor sexuale, a organelor genitale și a celorlalte caractere sexuale morfologice secundare. Acest tip de sexualitate are însă un caracter nediferențiat și difuz, el neavând încă o alură de activitate vitală intensă, ci fiind numai un tip de activitate cu caracter erotic, mai mult emoțional.

Manifestările presexuale

În copilărie, sexualitatea se prezintă sub o formă nediferențiată și se dezvoltă progresiv, crescând și amplificându-se o dată cu individul. Multe din atitudinile pe care persoana le are față de ea însăși lasă să se vadă acest lucru.

Viața instinctivă a copilului este, în primul rând, o formă particulară de „auto-sexualitate” care anunță și pregătește instinctul sexual al viitorului adult (A. Hesnard). El se manifestă prin plăcere solitară, vise legate de dorința sexuală, fantasme etc.

Încă de la nașterea individului, acest tip de manifestări nu au un caracter net diferențiat, ele îmbrăcând mai mult aspectul unor reacții de tip vegetativ (sughit, vomismente etc.) sau de reacții motorii cu caracter automat.

Plecând de la tezele psihanaliste, A. Hesnard, încercând să facă o clasificare a acestor tipuri de manifestări, menționează următoarele aspecte :

- a) *instinctul de nutriție* – reprezintă principala funcție fiziologică în perioada copilăriei. Plăcerea de a suge și suferința asociată cu revolta legată de absența acesteia sunt principala preocupare a copilului mic. În plus, se consideră că în afara suptului, mai intră în discuție și următoarele trebuințe : hrănirea, mișcarea, defecația, nevoia de curățenie etc. ;
- b) *nevoia de joc* – este inițial exprimată prin tendința de a manipula, de a palpa, de a prinde, de a arunca etc. Tendințele sexuale sunt în cazul jocului legate de obiectul acestuia. În sensul acesta, s-a observat că fetele preferă jocul matern cu păpușile, pe când băieții preferă jocul viril, activ și violent ;
- c) *nevoia de autoerotism* – este reprezentată de curiozități corporale ale copiilor, sugerea degetului, masturbare etc. ;
- d) *manifestări emoționale presexuale* – acestea pot fi de tip pozitiv, agreabil sau, dimpotrivă, pot fi de un tip negativ, violente, de tipul geloziei etc., toate orientate în principal către persoanele din anturajul copilului ;
- e) *rolul funcțiilor intestinale* – psihanaliza a subliniat rolul funcțiilor digestive în cadrul sexualității infantile. În sensul acesta, se consideră că urinarea și defecația oferă senzații fizice agreabile. În ceea ce privește regiunea anală, remarcăm la copii o atracție deosebită pentru fese, ea având semnificația de „regiune-obiect” cu valoare erotică. În sensul acesta, pedepsele corporale, aplicate în regiunea fesieră, dincolo de durerea fizică pe care o produc, se asociază și cu o situație umilitoare la adresa copilului ;
- f) *plăcerea solitară* – constă în autoizolarea copilului și centrarea atenției sale asupra propriilor organe sexuale (penis, clitoris, vulvă). Se poate observa o relație între acest tip de activitate și interdicțiile brutale ale educatorilor, care le etichetează ca „obiceiuri rele”, având consecințe psihice grave pentru individ. Este un tip de manifestare care îmbină plăcerea solitară difuză cu sensibilitatea sexuală localizată la nivelul organelor genitale.
În plus față de cele de mai sus, se mai descriu încă două forme de manifestări legate de această plăcere solitară, și anume : plăcerea de a brutaliza o persoană mai tânără sau animale (sadism) ; plăcerea de a fi chinuit și brutalizat fizic, corporal (masochism) ;
- g) *revelații erotice* – este știut faptul că orice copil este curios în legătură cu sfera sexualității, pe care adulții o acoperă cu o umbră de mister și interdicții. Copiii pun întrebări, gândesc și discută între ei referitor la aceste probleme. Mai mult chiar, ei își imaginează asemenea aspecte. Aceste revelații erotice intră în conflict cu amenințările brutale și cu interdicțiile impuse de părinți și educatori. Adesea s-a observat faptul că revelațiile erotice pot duce la deturnări ale instinctului

sexual, la autoizolarea individului, dar și la o stare de tensiune legată de teama de a nu fi descoperit, fapt care naște sentimentul de culpabilitate a copilului.

În general, în ceea ce-l privește pe copil, simțul erotic are caracterul unei plăceri în sine, resimțite mai mult ca o emoție vegetativă specifică.

Crescând și dezvoltându-se, copilul resimte solicitările instinctelor în afara propriului său corp, asociate cu activitatea productivă a imaginației. El ocupă un loc central în cadrul acestei sfere de preocupări de tip narcisic.

După A. Hesnard, sexualitatea copilului este expresia unei evoluții instinctuale care implică sinteza a trei elemente psihologice: o finalitate biologică, o electivitate psihologică și o eficiență motorie. Le vom analiza pe fiecare în continuare.

Finalitatea biologică este tendința de a dori realizarea actului sexual, de a încerca emoția genitală completă cu toate consecințele materiale ale acesteia. La copil, finalitatea sexuală este restrânsă la aptitudinea foarte generală orientată către o voluptate difuză, nelocalizată la organele genitale.

Electivitatea psihologică este tendința de a fixa dorința născută din instinct, după o alegere mai mult sau mai puțin exclusivă sau durabilă, asupra unui obiect sau persoană de sex opus. Electivitatea care orientează viața instinctivă a copilului către un obiect însuflețit se naște în legătură cu persoanele din anturajul acestuia, cu membrii familiei sale și, în primul rând, cu mama.

Copilul dezvoltă o fixație afectivă față de mama sa sau de doică, într-o manieră energetică, fiind o primă formă de atracție către lumea exterioară. În sensul acesta, trebuie să vedem în relația dintre copil și mamă o formă particulară de „lărgire a Eului” copilului, o extensiune a propriei sale persoane către lume. Psihanaliza vede în aceasta semnificația profundă a unei tendințe preincestuoză, care domină viața instinctivă. Copilul – și, în special, sugarul – nu face la început nici un fel de distincție între mamă și aliment, între doică și sân. Ulterior, el își axează interesul asupra persoanei care-i oferă o afecțiune mai complexă.

Eficiența motorie sau aptitudinea pragmatică este manifestarea în virtutea căreia este pusă în evidență tendința aloerotică a actului sexual, favorizată de căutarea unui partener de sex opus, în scopul trecerii la act. Electivitatea orientează viața instinctivă a copilului către alegerea unui obiect însuflețit. Ea este o aptitudine de realizare a tendințelor sexuale și apare mai târziu.

La copil, eficiența motorie se traduce în limitele permise ale atracției familiale și prin acte fără caracter genital. Experiențele sexuale reale au consecințe grave (dezgust, rușine, vinovăție, remușcări), fiind urmate de reprimarea apetitului sexual trezit.

Rezumând cele de mai sus, putem afirma următoarele:

- a) finalitatea sexuală este restrânsă la o stare de voluptate difuză și autoerotică;
- b) electivitatea e slabă fizic și orientată exclusiv către mamă și rude, dar în sens psihologic;
- c) aptitudinea realizatoare are un caracter negenital și este deosebit de redusă.

Erotismul pregenital digestiv

În primele faze ale vieții sexuale se remarcă o predominanță a interesului copilului pentru alimente. În sensul acesta, primele lui înclinații sunt tendințele nutritive propriu-zise și tendințe de natură socială, implicând și asistența celor care se ocupă de el – și, în primul rând, a mamei sau a doicii.

Copilul de câteva luni trăiește o existență psihică total vegetativă. Toate reacțiile sale afective nu reflectă decât satisfacția pozitivă sau, dimpotrivă, reacția de protest legată de propriile sale nevoi, în special de cele de ordin alimentar. Copilul nu se interesează decât de propriul său corp, în relație cu nevoile alimentare. În primele luni de viață, digestia rezumă și concentrează toate apetențele copilului.

Treptat, o dată cu creșterea lui, imaginea mamei, împreună cu sentimentele de atracție care-i sunt asociate, începe să organizeze primele forme de manifestare emoțional-afectivă și de conștiință.

Mama și alimentul sunt pentru copil cele două aspecte ale fericirii și bucuriei vieții acestuia, plăcerea în general. Mai târziu, aceste două tendințe (digestivă și afectivă) se dezvoltă paralel și în relație reciprocă. Copilul, crescând, începe să învețe și să diferențieze, să aprecieze gusturile, savorile etc. El își va cultiva și diversifica senzualitatea digestivă, raportând-o tot la personalitatea mamei, care-i procură și oferă hrana, dar pe care o însoțește de o pulsione cu caracter de recunoștință, atașându-și mama propriei sale persoane într-o manieră egoistă.

Toate aceste diferite activități digestive, generatoare de erotism, asociază în ele trei tendințe instinctive funciare, caracteristice aptitudinii posesive, egoiste, și anume :

- tendința captativă* sau afectivă, reprezentând o impulsione primară de „a apuca”, de „a-și încorpora”, de „a-și interioriza” cele ce vin din exterior pentru ca, asimilându-le, să le transforme în propria sa substanță, în propria sa persoană, în sens egoist, cum ar fi, de exemplu, sugerea degetului, rosul unghiilor etc. ;
- tendința conservatoare* sau posesivă, care conduce copilul către conservarea a tot ceea ce „ia” din exterior, acumulând totul ca pe ceva personal. În sensul acesta, se notează tendința de „a reține” produsele digestiei sale, ca o primă formă a posesiunii infantile ;
- tendința productivă*, ce se manifestă la copil înaintea tentativelor de elaborare a unei activități oarecare.

Atracțiile și repulsiile parentale

Primele stadii ale dezvoltării sexualității psihice nediferențiate a copilului se desfășoară în cadrul mediului familial, departe de influențele sociale. De aceea, primele tendințe instinctive sunt orientate asupra persoanei părinților : aceștia sunt obiectul primelor dorințe, atât de ordin sexual, cât și nesexual, ale copiilor.

Între vârstele de 2 și 5 ani, se consolidează primele forme de atracții și repulsii familiale ale copiilor. Să analizăm în continuare tipul acesta de „atracții” și de „repulsii”.

a) *Înclinarea filială către mamă* este de importanță majoră, în special pentru băieți. S. Freud consideră că mulți indivizi conservă pentru toată viața lor o atracție primitivă foarte puternică față de mamă. „Renunțarea” la mamă apare ca o gravă „ruptură” emoțional-afectivă, ca un traumatism moral cu consecințe serioase pentru tot restul vieții individului.

Atitudinea copilului față de mamă variază în funcție de sexul acestuia. Băiatul caută să-și posede psihic mama. Fata, dimpotrivă, mult mai pasivă instinctual, sfârșește destul de devreme prin a se identifica cu mama sa. Băiatul, detașându-se de mamă, va conserva față de ea o iubire sublimată în respect, prin educația morală și identificarea sa sexuală cu tatăl.

b) *Înclinarea filială către tată* este mult mai tardivă ca apariție și decisivă în ceea ce privește formarea personalității sexuale a individului.

Tatăl reprezintă pentru copil prima materializare a datoriei sexuale și, în consecință, contrasexualitatea socializată. Copilul mic, sugarul, nu vede în tată decât o persoană mai mult sau mai puțin simpatcă. Ulterior, acesta va descoperi rolul pe care tatăl îl joacă în casă, în familie, influența pe care o exercită asupra mamei. Tatăl este pentru copil imaginea „stăpânului” suprem.

Imaginea tatălui, încărcată mai mult afectiv decât intelectual, se leagă de primele interdicții categorice, de inhibițiile precoc, de impunerea conveniențelor morale. Tatăl reprezintă personificarea „datoriei și puterii”, el fiind simbolul „autorității”. De asemenea, tatăl este acela care atrage tandrețea fiicei, care „învață” astfel prima sa atitudine erotică față de un bărbat, în general.

c) *Înclinarea filială către frați* vine ca să complice evoluția psihologică a individului, suscitând situații de gelozie familială. Între frați și surori pot apărea atracții sau repulsii, gelozie, competiție pentru captarea atenției părinților etc.

Fantasmele sexuale la copil

Se poate desprinde, din cele de mai sus, faptul că sexualitatea, ca toate celelalte activități și valori esențiale ale vieții, se transformă în cursul existenței ființei umane. Semnificația acesteia și preocupările față de ea nu sunt aceleași la copil în cursul stadiilor sale succesive de dezvoltare către vârsta adolescenței, până la intrarea sa în vârsta adultă.

Un rol important în această privință îl are contextul în care trăiește și se dezvoltă persoana, fie că este vorba de un băiat sau de o fată, de un bărbat sau de o femeie.

Viața se desfășoară în etape și aceasta implică niveluri diferite de dezvoltare a persoanei.

Așa cum s-a arătat mai sus, copilul are o viață sexuală care începe cu comportamentele sale corporale din momentul fecundației și al determinării genetice a sexului. Încă din timpul sarcinii, partenerii cuplului marital, viitorii părinți, discută referitor la sexul viitorului copil. Dintotdeauna, modul în care a fost „primit” în familie un băiat, viitorul bărbat, a fost diferit de modul în care a fost „primită” o fată.

Copilul își investește propria sexualitate întâi pe plan corporal, în raport cu schema corporală, apoi în plan fantasmatic.

Relația dintre părinți și copii, dialogul verbal și corporal al acestora vor contribui la modularea identității sexuale a copiilor. În general, în această situație, adulții manifestă următoarele tendințe față de copii: îi consideră pe copii ca pe niște adulți în miniatură; fac eforturi, adesea nedeclarate, pentru a transforma copilul în adult; copiii sunt izolați, în mod artificial, într-un „paradis al fericirii” pe care adulții l-au pierdut.

Din aceste considerente, copilul, a cărui viață psihică și somatică este într-o continuă schimbare și evoluție, este supus presiunilor morale și educaționale ale unei „optici adultomorfe”. Acest aspect apare cu atât mai frecvent ca o reacție din partea adulților, cu cât este mai mult vorba despre activitatea fantasmelor care se raportează la viața sexuală a copiilor.

Educația sexuală, în acest caz, presupune, pe de o parte, cunoașterea pe plan general a evoluției fizice, intelectuale, afective și sociale a copiilor, iar pe de altă parte, cunoașterea particulară a trăirilor și fantasmelor sexuale ale acestora. O contribuție importantă în această problemă au adus-o A. Forel și S. Freud.

În general, adulții îi lasă pe copii și pe tineri să se instruiască între ei în problemele sexuale. În acest caz, atitudinea adulților față de copii le trezește inhibiții, angoase, tăcerea și interdicția care „acoperă” dorința de cunoaștere a copiilor stimulând pulsunile lor epistemofile.

Sunt câteva probleme esențiale sau „teme” preferate de copii, legate de „secretele sexuale” ale adulților, și anume: cum „se fac” copiii; în ce constau graviditatea și nașterea; dorința de „a fi gravid” a băieților; relațiile sexuale; în ce constau diferențele dintre sexe.

Toate aceste teme, deși „interzise” copiilor, reprezintă surse ale unor producții fantasmatică ale imaginației acestora. Majoritatea autorilor le raportează la un model de „gândire magică”, în calitate de substitut al realității obiective pe care copilul nu o poate nici înțelege, nici manipula, pentru că nu o cunoaște.

Construirea realității sexuale în copilărie

Aceasta se bazează pe curiozitatea și dorința puternică ale copiilor de a cunoaște în general. M. Klein vorbește chiar de o veritabilă pulsione de a ști, o „pulsione epistemofilică”. În sensul acesta, orice rezistență care se opune curiozității le creează copiilor grave inhibiții pe plan afectiv, intelectual și sexual (M. Klein). În toate aceste cazuri, psihoterapeutul copiilor sau adolescenților se va confrunta cu inhibiții adesea foarte greu de tratat și care reclamă o cură îndelungată (W. Bettischart).

În cursul fazelor oedipiene, jocurile sexuale sunt frecvente și ele iau aspectul scenariilor de tipul „tata și mama” sau „medicul și bolnavul” etc. Aceste jocuri pot fi, în unele cazuri, obiecte de descărcare reciprocă a copiilor, având ca urmare producerea unor stări de excitație erotică.

Un rol important în rezolvarea acestor aspecte și în orientarea corectă psihopedagogică a copiilor îl are educația sexuală (A. Forel).

Capitolul 8

Erotismul și viața sexuală la pubertate și în adolescență

Adolescența este definită de obicei ca fiind perioada de dezvoltare a vieții umane cuprinsă între pubertate și maturitate. Pubertatea se definește ca o schimbare corporală, fizică și fiziologică, având implicații psihice majore pentru individ. Ea se caracterizează prin următoarele aspecte: o creștere fizică rapidă; o accelerare a creșterii organelor sexuale; o dezvoltare a caracterelor sexuale secundare; apariția ejaculării la băieți și a primei menstruații la fete.

Sexualitatea adolescenților se definește ca fiind activitatea sexuală cuprinsă între pubertate și maturitate, aproximativ între vârstele de 12 și 21 de ani. Ea include următoarele aspecte: stimularea erotică a diferitelor părți ale corpului; sentimentul erotic și orgasmul; procrearea.

Un rol important îl au următoarele aspecte: răspunsul sexual motor; atitudinile și sentimentele în legătură cu comportamentul sexual; stimulii psihologici; fanteziile erotico-sexuale; prima experiență sexuală.

Pubertatea este considerată a fi „vârsta ingrată”, în cursul căreia băiatul prezintă un amestec incoerent de copilărie și virilitate, dispoziții ridicole, o voce aspră, pilozitate facială. Fata are picioare lungi, mâini subțiri, pieptul și șoldurile rău desenate. La această vârstă, ambele sexe sunt dizarmonice fizic și psihic. Brutali, instabili, excesivi sau stângaci, tinerii aflați în această perioadă sunt dovada unei rupturi de echilibru, a unei pierderi a contactului cu viața.

Atenția este capricioasă, dispoziția afectivă e labilă, bizară, cu tendințe către impulsivități, timidități, plâng sau râd nemotivat, au o activitate dezordonată. Ideile tinerilor sunt tranșante, paradoxale sau lipsite de franchețe. Se remarcă un fond de angoasă, denumită „neliniștea adolescenței”.

Mediul familial devine prea strâmt și are un caracter fragil. Legile morale și sociale sunt percepute ca fiind prea restrictive. Sufletul acestor tineri plutește între ipocrizie și violență.

Pubertatea este o „criză psihobiologică” de evoluție și dezvoltare globală ale persoanei, marcând o schimbare majoră și profundă a acesteia atât în plan somatic, cât și psihic.

La vârsta pubertății, apar caracterele sexuale secundare, se maturizează organele genitale și o dată cu acestea apare și nevoia sexuală, manifestată prin atracția pentru persoanele de sex opus. Schimbările comportamentului psihosexual la pubertate au fost studiate de H. Ellis, St. Hall, H. Maranon, Marro, S. Freud.

La pubertate, evoluția instinctuală suferă o transformare rapidă, care se manifestă ca o schimbare profundă a persoanei în totalitate. Apar modificări psihofiziologice, diferențiate pentru fiecare sex în parte. La băieți, emoțiile parțial sexualizate sunt legate de creșterea și adâncirea egotismului (instinctul de combativitate și dominanță în primul rând), apoi emoțiile sunt legate de afirmarea tendințelor erotice ale individului. Toate acestea sunt marcate de opiniile și regulile practice impuse de educația și modelul familial. În acest sens, au un rol important structura și dinamica grupului familial căruia îi aparține individul, modelele parentale, tipul de relații și comunicare intrafamilială, tradițiile, nivelul de trai, veniturile economice, nivelul de cultură, religia.

La fete, desprinderea de părinți și individualizarea au forme diferite. Pasivitatea feminină temperează expansiunea pubertară, deturnând-o către instinctul de seducție. Feminitatea începe să se manifeste prin tendința de a se face remarcată de către sexul opus, de a atrage atenția prin calitățile sale personale. A. Hesnard afirmă că „tânărul individ masculin se impune, înainte de toate, ca un agresor, pe când tânăra este în primul rând cea care încearcă să atragă, o seducătoare”.

Trebuie să vedem în aceste aspecte diferența esențială, organică, între „dominația masculină prin orgoliu activ și agresivitate” în comparație cu „dominația feminină prin orgoliu pasiv și apărare provocatoare” (A. Hesnard).

Indiferent însă de sex, desprinderea morală de familie este un „moment critic” prin care, în cursul adolescenței, se produce individualizarea persoanei și, o dată cu aceasta, dobândirea identității sale. Acesta este aspectul psihologic, pentru că, în realitate, familia de origine și părinții nu pot fi niciodată abandonați complet de către tineri.

La vârsta pubertății apar primele manifestări ale erotismului, sub forma „aspirațiilor erotice”, expresie a transformării morale a adolescentului. Adolescentul, indiferent dacă este băiat sau fată, simte în el apariția unor „aspirații stranie, ca niște dorințe nedefinite sau emoții fără o cauză” (A. Hesnard).

La adolescenți, simțurile aduc impresii noi, puternice, vii. Realitatea apare mai interesantă, sentimente noi se impun pe primul plan: amorul propriu, tandrețea, exuberanța, gelozia etc. Instinctul erotic apare sub formă de dorință pur fizică, mult mai diferențiat în raport cu tendința autoerotismului infantil, prin localizarea sa la nivelul organelor genitale, fiind totodată resimțit ca o „mișcare sufletească” interioară.

Revelația erotismului fizic este diferită în raport cu sexul. În cazul băieților, aceștia trec rapid de la experiența autoerotică la practica unirii sexuale. Această unire sexuală se însoțește de satisfacerea orgoliului personal și de dorința posesiunii materiale. În cazul fetelor, acceptarea unirii sexuale are caracterul ambiguu al luptei interioare între dorința sexuală și instinctul de conservare a integrității fizice. Ea nu urmărește, ca partenerul său masculin, numai satisfacerea dorinței sexuale, ci o raportează la perspectiva maternității, ca pe o împlinire a acesteia. Participarea femeii la unirea sexuală cu bărbatul este dublă: pe de o parte, dorința de a se dăru

partenerului, iar pe de altă parte, dorința de a fi mamă. Această dăruire este însă, în toate cazurile sau în marea lor majoritate, însoțită de angoasa că ar putea fi trădată, părăsită, fără a-și putea îndeplini rolul complet legat de perspectiva împlinirii maternității.

La femeie, perspectiva maternității este înțeleasă ca „finalitatea” firească a dăruirii acesteia partenerului, depășind astfel simpla satisfacere a dorinței sexuale.

În perioada adolescenței, se stabilesc și se precizează în mod clar diferențele dintre *sentimentul erotic* și *instinctul sexual* (A. Hesnard). Pentru Marro, „instinctul sexual precede veritabila tandrețe erotică sexuală, bruta dominând omul, lubricitatea excitând simțurile înaintea trezirii iubirii”.

A. Hesnard susține însă că la bărbat dorințele fizice, inițial autoerotice, apoi din ce în ce mai net exteriorizabile prin scopul lor, apar devreme și se afirmă ca procese ale vieții organice. Dorințele de ordin psihic sunt mult mai oscilante și variabile în manifestările lor, mult mai greu de sesizat și de analizat.

Cu toate acestea, manifestările de gelozie, atracție psihică și emoția complexă care este tandrețea preced întotdeauna manifestările direct vizibile ale maturizării sexuale fizice (A. Hesnard). Sexualitatea, ca mod de comportament definitiv, rezultă din „sudura apetitului sexual cu tandrețea erotică” (A. Hesnard).

În cazul bărbatului, instinctul sexual se naște din doi poli diferiți, material și ideal, care apar sub aspectul psihic chiar înainte de a se remarca dezvoltarea clară și completă a aspectului fizic, genital. Trebuie, în acest caz, susține A. Hesnard, să evităm „eroarea care constă în a confunda psihologic, sub numele de *sexualitate*, apetitul erotic vulgar cu ansamblul de instincte erotice și provocatoare”. Emoția erotică, pentru ambele sexe, rezultă din fuziunea apetitului genital, fizic, cu sentimentele erotice de atracție sufletească reciprocă dintre parteneri.

Un aspect deosebit de important al sexualității la adolescenți este reprezentat de „intrarea în viața sexuală”. Două probleme se discută în acest sens: *inițierea sexuală* și *prima experiență sexuală*. Asupra acestor aspecte, majoritatea autorilor sunt de acord (A. Hesnard, S. Freud, W. Stekel, E.R. Mahoney, A. Ellis și A. Abarnabel). Se admite că inițierea sexuală din perioada adolescenței este legată de modelul sociocultural și de valorile moral-religioase ale grupului social și ale epocii istorice cărora le aparține persoana respectivă (M. Mead, B. Malinowski, E.R. Mahoney). Un rol important revine în sensul acesta concepției și atitudinii adulților față de problema sexualității.

Pentru adolescenți, „inițierea sexuală” implică spargerea unor tabuuri și dezvăluirea unor mistere. Este primul pas al inițierii în vederea pregătirii pentru noile modele comportamentale ale individului. Această situație implică teamă, curiozitate, neliniște și nesiguranță în fața necunoscutului, dar, în același timp, și dorința de „a afla” și de „a face” pentru a putea „deveni” conform cu adulții.

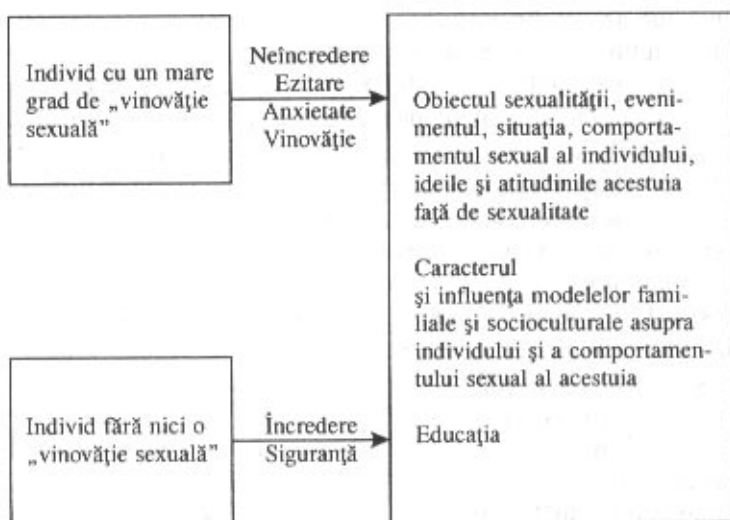
Interzisă copiilor ca ceva „rău” și „rușinos”, sexualitatea se asociază cu sentimentele de „rușine și de vinovăție” pe care adolescentul trebuie să le depășească, să le lichideze (E.R. Mahoney, J.L. Laws și P. Schwartz, D.L. Mosher). Sentimentul de *vinovăție sexuală* este legat de așteptarea de către individ a *primei experiențe sexuale*, pe care o pune în relație cu sentimentele de „rușine” și „pedeapsă”, consecutive acesteia.

„Vinovăția sexuală” trebuie înțeleasă ca un sentiment moral de interdicție de care adolescentul trebuie să se desprindă o dată cu prima sa experiență sexuală. Din acest motiv, „inițierea” și „prima experiență” în materie de sexualitate au o foarte mare valoare emoțională pentru individ. Ele pot lichida un sentiment sau, dimpotrivă, îl pot transforma într-un complex patologic, în cazul în care „inițierea sexuală” este deformată, iar „prima experiență sexuală” – eșuând – are un caracter psihotraumatizant, marcând prin aceasta în sens negativ și pentru multă vreme personalitatea.

„Vinovăția sexuală” se poate manifesta ca o situație reactivă față de o experiență traumatizantă cu implicații profunde și de durată asupra personalității individului (E.R. Mahoney). W. Stekel, P.R. Abramson și D.L. Mosher au adus importante contribuții la analiza acestei probleme.

O educație sexuală corectă și bine condusă, precum și o „primă experiență sexuală” în conformitate cu normele moral-religioase ale modelului familial și sociocultural exclud încărcarea emoțional-afectivă a persoanei cu sentimente sau complexe de „vinovăție sexuală”.

În general, se poate susține că „vinovăția sexuală” se discută ca un rezultat al relației dintre individ, obiectul și situația sexuale, așa cum rezultă din schema următoare (E.R. Mahoney):



Direcția de evoluție ulterioară a comportamentului sexual este diferită în raport cu alte situații. În cazul indivizilor cu sentimente de „vinovăție sexuală”, neîncrederea și ezitarea vor duce la anxietate și sentimente/complexe de vinovăție. Acestea pot constitui originea unor complexe care se pot transforma în stări nevrotice sau se pot deturna în conduite de tipul pasiunilor. În toate situațiile, elementul central la care se raportează anxietatea este „eșecul”, ce generează „vinovăția”.

Schimbarea frecvență a partenerului se poate explica, în acest caz, ca fiind o încercare de a evita eșecul, de a găsi o cale a deculpabilizării, de lichidare a complexului de vinovăție și a stărilor de angoasă.

În cazul indivizilor bine pregătiți pentru o viață sexuală, „prima experiență” va trece fără angoase și nu va avea caracterul unui eșec, ci al unui pas important în maturizarea lor, care le va marca „intrarea în viață”.

Educația sexuală a adolescenților are rolul de a oferi un cadru logic și educativ de explicare a unor probleme esențiale, care, în caz contrar, sunt lăsate la întâmplare, ducând la devianțe sau la angoase.

Primul cadru al educației sexuale îl reprezintă familia personală și al doilea, școala. Un rol important îi revine, pe lângă explicațiile de ordin psihologic și fiziologic, interiorizării normelor morale ca suport psihologic și comportamental-rațional al individului.

Primele experiențe sexuale

Majoritatea autorilor acordă o importanță deosebită „primei experiențe sexuale” în procesul formării personalității, dar și al evoluției viitoare a comportamentului sexual al individului (S. Freud, W. Stekel, E.R. Mahoney, A. Hesnard).

Reușita sau eșecul primei experiențe sexuale depinde în cea mai mare măsură de modelul general de educație a adolescentului, de mediul său social de proveniență, structura sau tipul de personalitate și modelul de educație în ceea ce privește pregătirea sau inițierea sexuală.

De regulă, primele experiențe sexuale pot lua diferite aspecte, după cum urmează :

- experiențe psihotraumatizante* : viol, relații sexuale între rude, în grup etc., toate având un caracter de brutalitate și generând sentimente de „vinovăție sexuală”, cu consecințe grave asupra personalității individului și a comportamentului sexual al acestuia ;
- experiențe de tip ludic*, de regulă între partenerii de aceeași vârstă, legate de curiozitate, fantezii erotice, experiențe în grup sau autoerotism ;
- experiențe morale*, în care sentimentul de atracție erotică reciprocă apropie partenerii, facilitează comunicarea și cunoașterea reciprocă, urmate de relația sexuală biologică. Acest tip favorizează maturizarea personalității din punct de vedere emoțional-afectiv și intelectual, dezvoltă atitudini de atracție și de încredere reciprocă, stabilitate și securitate, ducând la constituirea unui cuplu stabil.

Formele experiențelor sexuale găsesc individul nepregătit psihic, traumatizându-l. Ele vor genera angoase, complexe de culpabilitate sau tulburări nevrotice, devianțe comportamentale de tip aberant etc. Consecințele vor fi, din punct de vedere psihosexual, instabilitatea, neîncrederea, imaturizarea emoțional-afectivă, schimbarea frecventă a partenerilor, incapacitatea de constituire a unui cuplu stabil, lipsa de încredere în partener, sentimentul de insecuritate și de insatisfacție.

Prima experiență sexuală a unui individ reprezintă o temă importantă pentru psihanaliză. Ea are valoare fundamentală pentru viitorul model de comportament sexual al indivizilor, prin impresia pe care o lasă acestora.

Prima experiență sexuală este precedată de o întreagă suită de imagini, sentimente și reprezentări psihice ale individului. Acestea construiesc o „image” a dorinței personale în care-și plasează viitorul partener aspirațiile. Psihanaliștii susțin că „fiecare copil începe prin a-și diviniza părinții și-și formează idealul sexual plecând de la imaginea lor” (W. Stekel).

Prima experiență sexuală va marca individul pentru toată viața. În sensul acesta, se insistă asupra raportului dintre „modelul imaginar” al subiectului și „prima impresie” legată de această experiență. Situația este diferită pentru femei și pentru bărbați.

În cazul femeii, ceea ce contează în primul rând este pregătirea emoțional-afectivă, care urmează să realizeze un „acord armonios între sentimentul erotic și actul sexual” (W. Stekel).

Pentru bărbat, prima aventură poate fi decisivă. Ea determină o atitudine a acestuia față de femeie, care se va fixa o dată pentru totdeauna (W. Stekel).

Aceste aspecte îl fac pe W. Stekel să afirme că „există un traumatism sexual” cu consecințe multiple asupra personalității individului. El este considerat ca fiind suportul din care se vor dezvolta ulterior complexe sau simptomele nevrotice.

Capitolul 9

Activitatea erotică și viața sexuală a adultului

Funcția erotică, expresie psihică primară a sexualității, se pregătește lent în cursul copilăriei și se afirmă brusc la pubertate, pe tot parcursul adolescenței, dobândind în mod progresiv un caracter de stabilitate și fixându-se ca atare la vârsta adultă, o dată cu încheierea maturității individului. Toată această evoluție erotică este direct și puternic influențată de procesele de transformare corporală, endocrine și fiziologice, și de cele de ordin psihologic.

Maranon, care a studiat legile evoluției sexuale, a menționat „evoluția asincronică” a sexualității masculine și feminine, întârzierea bărbatului în raport cu evoluția femeii la pubertate, întârziere compensată de tendința de involuție sexuală a femeii la menopauză, aceasta prezentând o regresie mai marcantă decât a bărbatului la aceeași vârstă (A. Hesnard).

În ceea ce privește evoluția psihosexuală a omului, din copilărie până la vârsta a treia, majoritatea autorilor sunt de acord în a distinge trei „etape-cheie”: momentul transformărilor psihosexuale de la pubertate; momentul maturizării erotice complete a adultului; momentul involuției erotico-sexuale din perioada senescentei.

Vom analiza în continuare aceste aspecte, insistând asupra vârstei adulte.

Transformările psihosexuale ale individului la pubertate și în adolescență sunt caracterizate prin următoarele aspecte: apariția diferențiată după sex a caracterelor sexuale secundare; maturizarea organelor sexuale, care devin apte pentru realizarea relațiilor sexuale dintre partenerii de sex diferit, dar și în vederea procreării; apariția nevoii sexuale din punct de vedere psihic.

Metamorfozele pubertare ale comportamentului psihosexual au fost studiate de H. Ellis, St. Hall, Maranon, S. Freud, Marro etc., notându-se diferențe psihosexuale specifice în raport cu sexul.

La băieți, emoțiile parțial sexualizate sunt legate de creșterea și lărgirea egotismului, în special a instinctului de combativitate. Băiatul este prin natura sa un agresor. Dorința masculină față de sexul opus are un caracter direct sau mascat de agresivitate.

La fete, situația este diferită. Tânăra este în primul rând seducătoare. Dorința sexuală feminină față de partenerii de sex opus se manifestă printr-o apărare provocatoare. Instinctul de apărare erotică este legat de cel al integrității corporale, mai cu

seamă atunci când este vorba de prima experiență sexuală, care implică pierderea virginității. La fete, sexualitatea este dublată de un sentiment de maternitate.

Un aspect particular îl reprezintă relațiile dintre erotică și sexualitate. După Marro, instinctul sexualității precedă tandrețea erotică. Pentru A. Hesnard, tandrețea erotică precedă manifestările sexuale de factură instinctivă, care se maturizează mult mai târziu.

Trecerea de la adolescență la vârsta adultă presupune, în mod obligatoriu, maturizarea sexuală și, implicit, cea a personalității în plan emoțional-afectiv și intelectual. Teza *pansexualistă* vede în maturizarea caracterelor sexuale, din punct de vedere psihic (identitatea sexuală – masculinitatea și feminitatea), o prelungire prin extensie a caracterelor sexuale secundare de tip biologic sau somato-fiziologic.

Maturizarea erotico-sexuală coincide cu vârsta adultă, constituind momentul împlinirii depline a persoanei în acest sens și având caracteristici diferențiate pentru bărbat și pentru femeie.

La bărbat, toate marile evenimente sexuale sunt, în primul rând, influențate de puterea dorinței. Este vorba, în acest caz, de implicările sexuale care pot dura mai mult timp. Ele au caracterul unei dorințe brutale, imperioase. Cu timpul apare însă nevoia unei „selecții” în alegerea și desfășurarea dorințelor sexuale. Apar, ulterior, sentimente de posesiune, egoism, pudoare, gelozie, dar și nevoia bărbatului de a fi „liber”.

În cazul femeii, lucrurile capătă un alt aspect. Ea se manifestă prin „apropiere erotică”: participare corporală totală, dublată de o participare morală a acesteia la actul sexual. Trebuie să vedem în aceasta „o combinație indisolubilă între erotism și cerebralitate, care fixează destinul femeii” (A. Hesnard). Consimțind la consumarea unui act erotico-sexual, femeia renunță în cea mai mare parte la personalitatea sa intimă. Din acest motiv, orice femeie are nevoie de o compensare a acestei atitudini submisive și de învingere, de o compensare sau de o consolare a „rănirii sale psihosexuale”. Compensarea este realizată prin tandrețe, cel puțin cu caracter formal și trecător, din partea partenerului, dacă nu printr-un sentiment durabil și profund pe care orice femeie îl dorește și îl așteaptă (A. Hesnard). Femeia depinde, mai mult decât bărbatul, de bunăvoința partenerului. Ea are o tendință funciară poligamică de cucerire a bărbatului, acordând o valoare deosebită fiecărei „cuceriri”.

Se notează apariția în timp, atât la bărbat, cât și la femeie, a „nevoii unei stabilități afective, bazate pe o apropiere tandră”, care risipește neliniștea, înlătură nesiguranța, neîncrederea și obișnuința dintre partenerii cuplului.

La vârsta adultă, problemele psihosexuale sunt dominate de viața cuplului. Din acest motiv, vom insista în mod special asupra sexualității cuplului persoanelor adulte.

Sexualitatea cuplului

Bărbatul, prin natura și statutul său, este angajat în principal în sfera vieții sociale. Din acest motiv, fiind ocupat, el nu poate acorda decât o anumită parte din interesul său afectiv vieții intime și satisfacerii sexuale.

La femeie, funcția sexuală depinde de procreație, înainte de toate. Bărbatul acceptă greu și târziu rolul său de procreator, pe când la femeie el se dezvoltă și apare mult mai devreme. Bărbatul nu are conștiința organică, viscerală a procreației, aceasta fiind amestecată cu impulsurile erotice primitive, de ordin instinctual.

În cazul femeii, sentimentul matern al procreației are un pronunțat caracter fiziologic și el se manifestă precoce. Ea se leagă de impresia că, într-un fel, „copilul este amintirea animală a unui fragment din corpul său, a unui fragment din personalitatea sa fizică și morală” (A. Hesnard). Pentru A. Hesnard, maternitatea apare ca o „încoronare a operei sexualității, ca un stadiu ultim și definitiv al evoluției sexuale”. Pentru bărbat, sentimentul patern este legat de grija privind viitorul copiilor, educația, situația economico-materială, integrarea lor socială. La femei, dimpotrivă, sentimentul matern are o conotație afectivă, psihologică, de protejare, de educare și de formare a copilului (H. Ellis). În sensul acesta, psihanalistii descriu două tipuri erotice de femei (Maeder) :

- a) *tipul matern* sau uterin, înclinat către satisfacția și realizarea maternă ;
- b) *tipul seducător* sau clitoridian, înclinat către activitatea erotico-sexuală și dorința de seducție masculină. Acest tip de femeie are un grad de sexualitate infantilă, fiind mult mai puțin evoluată.

Psihosexologia cuplului marital

Intrarea individului în vârsta adultă pune problema căsătoriei. Vârsta optimă pentru a fi contractată căsătoria este cuprinsă între 23 și 30 de ani. Elementul cel mai important în acest sens este reprezentat prin *alegerea partenerului*.

S-a observat că alegerea partenerului este un act la care concură mai mulți factori, dintre care cei mai importanți sunt de ordin sociologic, antropologic și psihologic. Aceștia sunt însă, de regulă, intricati, iar ceea ce domină în alegerea partenerului sunt asemănările semnificative dintre aceștia. Este stabilit faptul că indivizii nu se căsătoresc la întâmplare, iar alegerea partenerului se face dintre indivizii care-i sunt asemănători. Această alegere este denumită „alegere pozitivă”, întrucât ea se bazează pe o atracție reciprocă, având la bază asemănarea celor două persoane care vor constitui viitorul cuplu marital. Fenomenul este cunoscut sub numele de *homogamie*.

Factorii de homogamie sunt sociologici, antropologici și psihologici, așa cum menționam mai sus. Îi vom analiza pe fiecare în continuare.

În grupa factorilor sociologici, intră următorii : vârsta, religia, rasa, originea și locul de rezidență, nivelul socioeconomic și de instrucție cultural-profesională.

În ceea ce privește vârsta, s-a constatat o corelație marcantă între vârstele partenerilor. În general, ambii parteneri sunt de vârste apropiate (A. Guirand, J. Kellerhals, J. Sutter, Ch. Susanne, S.G. Vandenberg).

Religia are un rol important în alegerea partenerului ; unele religii interzic căsătoria cu o persoană de o altă religie, dar și cazurile mixte sunt relativ frecvente.

Căsătoriile interracialiale pun și ele probleme deosebite. În sensul acesta, trebuie diferențiate căsătoriile interetnice (diferențe lingvistice sau culturale) de căsătoriile interracialiale propriu-zise.

În ceea ce privește originea și locul de rezidență ale partenerilor, factorul reprezentat prin diferența geografică are un rol primordial, iar probabilitatea ca doi indivizi să se întâlnească depinde, în mod cert, de distanța care-i separă de locurile lor de domiciliu (J. Sutter, Ch. Susanne).

Nivelul socioeconomic și nivelul de instrucție cultural-profesională au, la rândul lor, o valoare deosebită. În sensul acesta, acționează ca factori de „constrângere” în alegerea viitorului partener: mediul social, modelul de cultură, mentalitatea socială, fiecare individ orientându-și alegerea către un partener egal din punct de vedere socioeconomic și cultural.

Factorii antropologici au, de asemenea, un rol important în procesul de homogamie. Astfel, s-a remarcat existența unei corelații pozitive între diferitele caracteristici somatice ale partenerilor. Cel mai comun factor, în sensul acesta, este reprezentat prin talia partenerilor. După Pearson și Lee, persoanele de talie înaltă, ca și cele scunde au tendința marcată de a se căsători între ele. Sunt luate în mod egal în discuție și alte aspecte antropologice, cum ar fi: lungimea brațelor, lățimea bazinului, forma capului, a feței, forma și mărimea nasului, a gurii, ochii, părul etc. (S.G. Vandenberg). Referitor la acest aspect, P.A. Gloor subliniază rolul imaginilor parentale în alegerea partenerului.

J. Sutter remarcă faptul că indivizi având aceleași caracteristici evită să se căsătorească între ei, căutând persoane opuse temperamental. În sensul acesta, autorul menționat afirmă că indivizii cu caractere violente tind să se căsătorească cu persoane calme, liniștite, echilibrate.

Factorii psihologici implicați în alegerea partenerului au și ei, la rândul lor, o semnificație particulară. Una dintre caracteristicile cel mai frecvent întâlnite este *coeficientul de inteligență* (QI), semnalat de numeroși autori (R.J. Garrison, V.E. Anderson și S.C. Rees, Ch. Susanne).

Burgess și Wallin insistă asupra corelațiilor legate de trăsăturile psihologice comune reprezentate cel mai frecvent prin: tendința către autism, cicolotimie, tendințe depresive, hipersensibilitate, sentimente de inferioritate etc.

Homogamia se întâlnește și în sfera trăsăturilor psihopatologice, incidența bolilor psihice la partenerii cuplului marital fiind mult mai frecventă în raport cu populația generală (N. Kreitman, J. Nielsen, E. Slater și M. Woodside).

După L. Szondi, alegerea partenerului are, de regulă, un caracter de atracție inconștientă, în raport direct cu cele opt pulsuni fundamentale din teoria sa genotropică.

Dincolo însă de aspectele mai sus menționate, J. Russel susține că mecanismele de selecție a partenerilor cuplului marital sunt influențate de experiențele anterioare ale indivizilor și de sentimentele de dragoste.

Întemeierea familiei

Întemeierea familiei este, din punct de vedere social și juridic, un act contractual prin care două persoane de sex diferit consimt în mod liber să se unească din punct de vedere legal, în vederea constituirii unui grup recunoscut social. Aceasta reprezintă cadrul social-juridic al constituirii cuplului marital, familia reprezentând o formă instituționalizată social-juridic.

Cuplul marital are însă la baza lui nu numai un „contract juridic” între partenerii care îl instituționalizează ca „familie”, ci și o relație emoțional-afectivă și o atracție reciprocă fundamentată pe dorința erotico-sexuală. Acesta este aspectul asupra căruia vom insista în continuare.

Psihanaliza insistă mult și în mod perfect justificat asupra primei relații sexuale între partenerii cuplului marital. Pentru W. Stekel, „soarta căsătoriei se decide în noaptea nunții. Maniera în care bărbatul tratează femeia nu va fi niciodată uitată de aceasta”.

Relația sexuală dintre partenerii cuplului, indiferent că are loc înainte sau după căsătorie, este absolut esențială. De pildă, faptul că femeia acceptă să se dăruiască unui bărbat este un eveniment deosebit de important; ea nu va uita niciodată primul bărbat din viața sa. Totodată, dacă au existat relații sexuale anterioare cu alte persoane ale celor doi parteneri care constituie cuplul actual, va exista, în noua situație, tendința de „a face comparație” între experiența trecută și cea prezentă.

În orice caz, pentru femeie, *prima experiență sexuală și primul bărbat* din viața ei vor avea o importanță majoră. Ea va judeca viața cuplului marital personal luând întotdeauna ca reper prima sa experiență sexuală. Dacă prima experiență sexuală a femeii a fost pozitivă, ea o va păstra ca pe o amintire de neuitat, care va consolida sentimentele și atașamentul ei față de partener. Dimpotrivă, o femeie nu va putea uita niciodată modul stângaci sau violent, brutal, al primului său partener, fapt care va influența negativ atitudinea femeii față de acesta. Cea mai frecventă reacție a femeii este pierderea orgasmului, ca o consecință a insatisfacerii acesteia în plan emoțional-afectiv.

Ca și în cazul femeii, și pentru bărbat soarta căsătoriei este decisă tot în noaptea nunții sau cu ocazia primului lor raport sexual în cadrul grupului marital (W. Stekel). Bărbatul trebuie să dea dovadă de mult tact, tandrețe, să ofere garanția securității și a protecției, dar mai ales certitudinea unei situații familiale stabile, de viitor. El trebuie să înlăture angoasele femeii și să-i ofere un climat emoțional-afectiv pozitiv, care să risipească angoasa și să creeze un cadru familial favorabil desfășurării actului sexual.

Cuplul, o dată constituit, are ca urmare instituirea legală, social-juridică a *familiei*. Din acest moment, existența celor doi parteneri capătă o nouă semnificație, sub multiple aspecte.

Problema familiei interesează astăzi un mare număr de specialiști și ea pune întrebări deosebit de serioase pe multiple planuri. Ne vom referi succint, în cele ce urmează, la aspectele legate de problematica psihosexuală a familiei.

Relațiile dintre partenerii cuplului marital depind de modul de întemeiere a familiei, de structura și dinamica psihosocială a acesteia (relații interpersonale, roluri, comunicare, climat afectiv etc.). Mutațiile importante care au survenit în societatea modernă au afectat în mod direct și profund structura și dinamica grupului familial. De starea de echilibru a familiei depind în mod direct și starea de echilibru psihic și, în final, starea de sănătate mintală a membrilor acesteia.

În general, societatea modernă se confruntă cu două mari *modele de familie*, în raport cu tipul de căsătorie a partenerilor cuplului conjugal: *familia (căsătoria) închisă*, de tip tradițional, și *familia (căsătoria) deschisă*, de factură modernă. Le vom analiza pe fiecare în continuare.

Căsătoria tradițională are un caracter „închis” și ea se realizează în conformitate cu principiile moral-religioase tradiționale, fiind caracterizată prin următoarele aspecte: contacte stabilite între parteneri prin tradiție; relațiile dintre parteneri se stabilesc în raport cu rolul pe care-l are fiecare; scopul familiei este lupta pentru realizare; membrii familiei acceptă situațiile de compromis ca pe un sacrificiu reciproc; atmosfera intrafamilială este asigurată și întreținută de securitatea bazată pe rolurile stricte ale fiecărui membru al familiei respective.

Căsătoria „deschisă”, de factură modernă, diferă fundamental de modelul anterior. Ea se caracterizează prin abandonarea principiilor moral-religioase tradiționale, având următoarele aspecte: se întemeiază în urma unor contacte dezvoltate prin sau în urma unor „complicații” personale între parteneri, adesea întâmplătoare; relațiile dintre partenerii cuplului marital se stabilesc în raport cu persoana și interesele fiecăruia; scopul familiei este lupta pentru dezvoltarea mutuală a membrilor acesteia; dinamica relațiilor intrafamiliale e caracterizată prin sinergie, constând în efortul de unire a diferențelor; atmosfera intrafamilială este bazată pe securitatea pe care o dă încrederea reciprocă admisă prin conveniență.

Aceste aspecte se pot desprinde din schema următoare:

Căsătoria închisă (tradițională)	Căsătoria deschisă (modernă)
1. Contacte stabilite prin tradiție	1. Contacte dezvoltate în urma unor complicații personale, situații fortuite etc.
2. În raport cu rolul	2. În raport cu persoana
3. Luptă pentru realizare	3. Luptă pentru dezvoltarea mutuală
4. Compromis (sacrificiu)	4. Sinergie (unirea diferențelor)
5. Securitate bazată pe roluri	5. Securitate bazată pe încredere

Un aspect deosebit care intră în discuție este legat de dinamica grupului familial. În sensul acesta, raporturile dintre membrii cuplului marital pot fi extrem de variate, după cum urmează: relații de atracție și înțelegere reciprocă; relații de respingere sau conflictuale; relații emoțional-afective pozitive de iubire reciprocă; relații emoțional-afective negative de ură reciprocă; relații de neîncredere, suspiciune sau gelozie; comunicare defectuoasă, incompletă sau lipsa completă a comunicării.

În egală măsură, trebuie luate în considerare și alte aspecte, cum ar fi: atitudinea partenerilor cuplului conjugal față de copii; modul de creștere și educare a copiilor; atitudinea față de copiii adoptați; atitudinea față de rude.

Un rol important, cu un pronunțat caracter psihosexual al cuplului, îl au și relațiile dintre cei doi soți, legat de statutul și rolul fiecăruia. În sensul acesta, se discută următoarele aspecte: situația de dependență; manifestările de violență sau tiranie; situațiile de indiferență emoțională, neglijarea partenerului; relații extra-conjugale, libertinajul; neglijarea altor datorii familiale (economice, sociale etc.).

Toate aceste aspecte marchează profund grupul familial, structura și dinamica lui, cu consecințe negative serioase.

Capitolul 10

Istoria revoluției cuplului

Analiza cuplurilor ne dezvăluie aspecte multiple, deosebit de complexe și specifice, dar care sunt totuși tratate în mod inegal și cu prea multă ușurință de către unii specialiști, studiul lor limitându-se la aspectele formale ale acestuia.

Cuplul ca *asociere stabilă de parteneri*, așa cum este înțeles și acceptat astăzi, are o istorie personală lungă și interesantă, din cunoașterea căreia se pot deduce formele de evoluție și constituire în timp ale atitudinilor și conduitelor psihosexuale umane. El este rezultatul recunoașterii și valorizării unei relații interumane specifice, constituite în decursul timpului, iar începuturile sale corespund cu primele etape ale istoriei umanității. Se poate vorbi, în sensul acesta, despre mai multe etape de evoluție istorică a psihosexualității, după cum urmează :

- a) etapa biologică, naturală ;
- b) etapa culturală, valorică, de factură moral-religioasă ;
- c) etapa socială, de factură relațional-instituțională ;
- d) etapa contractuală, de factură contractual-tranzacțională.

Aceste *etape istorice* ale cuplului au evoluat în paralel cu transformările istorice ale umanității, în asemenea măsură încât se poate afirma că fiecărei etape istorice îi corespunde un anumit tip de *cuplu*, care mai târziu, o dată cu consolidarea vieții în *cetate*, va îmbrăca configurația instituționalizată a familiei.

Ideea de *familie* apare destul de târziu în evoluția umanității, o dată cu statuarea relațiilor de înrudire între indivizii care se află legați între ei printr-o origine biologică comună. Ideea de *înrudire*, dezvoltată pe un fundament biologic, reprezintă procesul de valorizare a indivizilor proveniți dintr-un strămoș comun. Dar, în același timp, o dată cu aceasta se adaugă un aspect nou, esențial, de ordin psihologic, reprezentat prin *identitate*. Toți membrii grupului cu o origine biologică comună, având aceeași identitate prin origine, sunt *rude*. Ei au aceleași calități și, aparținând aceleiași surse, seamănă între ei, se recunosc prin *asemănarea comună* și, din acest motiv, se *înrudesc*, având datorită acestei apartenențe o *identitate comună de grup*. Apare, astfel, în istorie, *clanul*, grupul de indivizi de *apartenență*, prin înrudire lărgită, raportat la un strămoș comun, unic, recunoscut ca atare, din care toți membrii grupului respectiv își trag originea, își recunosc identitatea și la care toți se raportează. Toate aceste aspecte care privesc atât istoria, cât și antropologia culturală au

valoarea lor certă și ne oferă importante modele de explicație a acestui fenomen social. Ceea ce ne interesează însă este aspectul evoluției istorice a *cuplului uman* în contextul psihosexologiei.

Cuplul de parteneri, în psihosexologie, reprezintă o asociere a doi indivizi de sex opus pe considerente biologice, psihologice, sociale, cultural-morale. Din punct de vedere istoric, *cuplul*, așa cum este el întâlnit astăzi, s-a constituit treptat, o dată cu complexificarea evoluției umanității.

Prima formă a reprezentat-o *asocierea* indivizilor de sexe diferite, bazată pe atracția sexuală, de ordin pur biologic, în vederea procreării. Asocierea, de regulă limitată la perioada acuplării, nașterii și îngrijirii descendenților, se încheia o dată cu maturizarea puilor sau chiar mai devreme.

A doua formă, evaluată din punct de vedere istoric, o reprezintă *însoțirea* și ea constă în trecerea de la simpla și exclusivă *asociere biologică*, în vederea realizării actului de acuplare pentru procreare, la o asociere emoțional-afectivă, de durată, care apropie și menține legătura dintre parteneri. O dată cu *însoțirea*, apar și primele *modele de comportament* comune celor doi parteneri asociați, care se vor transmite descendenților acestora.

Cea de-a treia formă o reprezintă *cuplul de parteneri*, ca forma socioculturală cea mai evoluată, și ea marchează începutul istoriei umanității. Cuplurile de parteneri vor deveni, în decursul perioadelor istorice *modelul sociocultural* din care se vor constitui *tipurile de familie* specifice fiecărei epoci istorice. Este forma de valorizare cultural-morală prin socializare a *cuplului de indivizi*. Acest tip de *asociere/însoțire*, în noua sa formă, capătă un caracter constant și devine, cum spuneam printr-un proces de valorizare, instituție social-juridică în cadrul organizării și funcționării vieții în cetate. Deși orice *model de familie* are la baza lui un *cuplu de parteneri*, ideea, forma și atitudinea față de *cuplu* s-au modificat considerabil de multe ori în decursul istoriei umanității. Aceste modificări au la baza lor sistemul de valori care este atribuit cuplului de către modelul sociocultural și moral-religios respectiv. Din aceste considerente, se poate spune că orice *cuplu (marital) de parteneri* are o *formă* care este atribuită de instituțiile și modalitățile de relații sociale și un *conținut* ce e atribuit de sistemul de valori specifice modelelor sociocultural și moral-religios ale societății respective. Acestea sunt aspectele *social-valorice* și *istorice* ale *cuplului*. Ce este însă specific unui cuplu?

Dincolo de aspectele mai sus menționate, un *cuplu de indivizi* se caracterizează prin faptul că cei doi parteneri maritali își unesc viețile în scopul realizării unui *destin comun*, a unui *model de viață unic*. Aceasta presupune participarea unui complex de factori specifici care contribuie la formarea și menținerea *cuplului*, și anume:

- interese și atracție reciprocă ale celor doi indivizi de sexe diferite;
- recunoașterea de către fiecare partener a celuilalt ca reprezentând o „persoană potrivită” cu și pentru el;
- existența unui acord între parteneri, care provine din atracția lor reciprocă și care menține acest acord și îl dezvoltă în mod continuu;
- afecțiune reciprocă între parteneri;

- completare reciprocă a celor doi parteneri ;
- complementaritatea partenerilor cuplului ;
- identificarea reciprocă în plan interior (sensibilitate, model de gândire, reprezentări etc.) a celor doi parteneri ;
- construirea unui ideal comun de viață.

Rezultă de aici faptul că un *cuplu* reprezintă în psihosexologie etapa unei lungi evoluții istorice a ființei umane, de la condiția sa naturală primară la condiția sa de persoană civilizată. În plan istoric, aceasta reprezintă trecerea de la *physis* la *polis* sau de la *natură* la *cetate*. În plan social, este trecerea, printr-un act de conversiune, de la instincte la idealuri. În plan psihologic și sexual, asistăm la o transformare radicală a ființei umane pe mai multe planuri, și anume :

- a) dublarea pulsionii sexuale primare (inconștient) de atracția erotică secundară (Supra-Eu), în sensul coparticipării atât a inconștientului pulsional, cât și a Supra-Eului valoric moral, în cadrul relației dintre partenerii aceluiasi cuplu ;
- b) valorizarea și normarea regimului de utilizare a sexualității în cadrul strict circumscris al unei relații interioare de cuplu ;
- c) valorizarea (respect, stimă) reciprocă a celor doi parteneri ai cuplului ;
- d) mutația intereselor, atitudinilor, modului de a gândi, de a acționa și de a se comporta din sfera individual-egoistă a sexualității în sfera deschisă a erosului ;
- e) idealizarea relației sexuale prin intermediul erosului și, o dată cu aceasta, transferul relațiilor dintre partenerii cuplului din planul pulsionilor în planul idealurilor ;
- f) sublimarea sexualității în forme de acțiune superioară specific umane (creație artistică, acțiuni caritabile, conduite morale etc.) ;
- g) o nouă atitudine față de descendenți și față de comunitatea socială căreia îi aparține cuplul respectiv.

Rezultă din cele expuse mai sus că, din punct de vedere istoric, *cuplul* în psihosexologie apare ca un rezultat al *trecerii* ființei umane, prin evoluție, la formele de *viață civilizată* din interiorul *cetății*.

Sexualitatea în natură (*physis*) se reducea la satisfacerea exclusivă a instinctului de reproducere. Ieșirea omului din natură și intrarea acestuia în cetate au reprezentat *prima revoluție psihosexuală* din istoria umanității, reprezentată de constituirea *cuplului marital de parteneri* cu un caracter stabil prin instituționalizarea acestuia.

A doua revoluție psihosexuală o reprezintă instituirea unor interdicții și norme moral-religioase de utilizare a sexualității, specifice modului de viață din interiorul comunităților umane din cetate.

A treia revoluție psihosexuală o reprezintă delimitarea devianțelor de utilizare a sexualității și reprimarea acestora, fapt care duce la un control sever al vieții sexuale a cuplului, manifestat prin anumite condiții impuse : virginitatea, fidelitatea, supunerea, temperanța. Cea de *a treia revoluție psihosexuală* a determinat instituirea unor acțiuni severe de control și reprimare a vieții intime a cuplului marital, fapt care a determinat creșterea unor anumite forme de *tensiune/angoasă* socială și a *asocierii abaterilor* de la normele moral-religioase cu ideea și actul de *păcat*. În această

perioadă istorică, se face diferențierea morală și socială între *pur* și *impur* sau între *virtute* și *viciu*. Aspectele negative de acest fel sunt considerate ca fiind abateri grave și vor fi aspru pedepsite. Cea de *a treia revoluție psihosexuală* a dus la acumularea unor tensiuni sociale care au avut ca *soluție* victimizarea femeii, considerată ca sursă a viciului și, din acest motiv, inferiorizată social și pusă sub autoritatea și controlul bărbatului.

Cea de *a patra revoluție psihosexuală* apare ca o formă de *descărcare sublimată* a tensiunilor acumulate în epocile istorice anterioare. Este epoca istorică a Renașterii, în care *sexul* se va manifesta sub forma sublimată a *erosului*. Această *eliberare erotică* va fi *corectată* de morala iluministă, pusă sub semnul controlului riguros al rațiunii. Vinovăția se va asocia cu rușinea, din care decurge deprecierea social-morală a individului. Această (*mini*) *revoluție psihosexuală* relativ scurtă ca durată, *a cincea* în ordine istorică, va duce la o reevaluare a *erosului* în cursul celei de *a șasea revoluții psihosexuale* din epoca Romantică. Ea are în multe privințe ecoul modelului epocii trubadurilor, când *castelul/curtea* este înlocuit(ă) cu *saloanele literare și artistice*, iar trubadurii cu poezii, scriitorii, pictorii și oamenii de cultură în general. Revin conduitele galante, seratele artistice, flirtul, curtea, „dramele sentimentale” și, o dată cu ele, se produce reevaluarea femeii, care trece din registrul viciului și al dezonoarei în cel al grației, gingășiei și admirației. Femeia nu mai este *stăpânită*, ci *admirată și dorită* de către bărbat, care luptă să o *cucerească*.

Cea de *a șaptea* și ultima, deocamdată, *revoluție psihosexuală* din cursul secolului XX nu poate fi comparată cu nici una dintre *revoluțiile psihosexuale* care au precedat-o din punct de vedere istoric. Dacă, în epocile anterioare, femeia în cadrul cuplului era când valorizată, când victimizată, apoi revalorizată, în cea de *a șaptea revoluție psihosexuală* se produce un act istoric unic: statuarea egalității dintre femeie și bărbat. Această revoluție psihosexuală va schimba profund structura cuplului, dinamica lui și, în același timp, întreaga viață socială, modelele de sensibilitate, de comportament și acțiune etc.

Statutele și rolurile sunt redistribuite. Se vor modifica ierarhiile în cadrul grupului familial, dar și în societate.

Eliberarea femeii, din cursul revoluției psihosexuale actuale, a dus la apariția *conferinței dintre sexe*, care a substituit treptat, într-un interval istoric destul de scurt, *concurența erosului*, deschizând în felul acesta calea *conflictelor* dintre partenerii cuplului marital. Cuplul familial slăbește. Fiecare dintre cei doi parteneri ai cuplului caută să-l subordoneze pe celălalt prin dominare și control. Vechile principii morale care stabileau norme și interdicții dispar rapid și, o dată cu ele, se produce și dizolvarea gravă a cuplului familial. Apar *conflicte* și, ulterior, *rupturi* de comunicare între generațiile aceleiași familii. Conduitele sexuale, ieșite de sub controlul (considerat *represiv* și *depășit* din punct de vedere istoric) al normelor morale, se *liberalizează*, stimulându-se manifestarea pulsionilor primare.

Cuplul familial actual suferă mutații profunde, necunoscute până acum în decursul istoriei sale, de o gravitate severă. *Factorii de coeziune* a familiei scad, slăbesc, fiind rapid înlocuiți cu *factorii de conflict*. Partenerii cuplului marital nu mai comunică, nu se mai recunosc ca fiind co-participanți la același destin unic, sfârșind prin a se

înstrăina unul de celălalt. Această stare de *înstrăinare* a partenerilor cuplului duce la o culpabilizare reciprocă a lor.

Având în vedere situația de *eliberare psihosexuală* produsă de *revoluția psihosexuală a secolului XX*, asistăm la apariția *tipului nevrotic* de cuplu familial. Conflictele dintre parteneri îmbracă aspectele diferite ale *nevrozei familiale* sau ale *maladiei conjugale*, despre care vom vorbi mai departe pe larg. Acestea vor duce la o scădere până la pierderea încrederii reciproce între partenerii cuplurilor, la înlocuirea erosului cu interesele, formalizarea relațiilor dintre parteneri. Familia modernă se dizolvă treptat prin devalorizare. Ea devine un *cuplu de asociere de interese*, cu caracter tranzacțional.

Această situație va duce la scăderea dramatică a ratei căsătoriilor, a natalității, coeziunii și cooperării sociale, la scăderea demografică și, în final, la slăbirea societății.

În planul patologiei psihosexuale se profilează un nou domeniu: *patologia grupului familial* și, o dată cu aceasta, *psihoterapia familiei*. Unde se află cuprinse *cauzele mutațiilor* privind cuplul familial? Cauzele sunt date de *slăbirea* și, în unele privințe, chiar dizolvarea *valorilor* și *normelor* morale ale modelului sociocultural.

Ceea ce caracterizează societatea modernă este falsă *eliberare de constrângerile morale și religioase*, considerată ca o *realizare* și o *garanție* a *progresului social*. Este fals. Experiența istorică a demonstrat că principala condiție a stabilității instituțiilor sociale o reprezintă „factorii represivi” cu caracter de modelare și control. O societate și, implicit, cuplurile familiale nu pot exista fără un *cod de interdicții* care să le normeze, dar concomitent să le și apere organizarea și dinamica. Reprimarea instinctelor a dus la apariția culturii și a vieții civilizate în cetate. Eliberarea instinctelor prin *liberalizarea manifestărilor pulsionale primare* a dus la *nevrotizarea maselor*. Psihoza colectivă a secolului XX afectează toate instituțiile sociale, inclusiv familia.

Revoluția psihosexuală a secolului XX reprezintă cea mai profundă formă de criză a cuplului familial, a conduitelor și utilizării sexualității din istorie. Aceasta se datorează faptului că ea este acceptată, instituționalizată (acceptarea devianțelor sexuale sau toleranța acestora etc.) și, ceea ce este mult mai grav, transmisă prin intermediul unor *modele negative* cu ajutorul mass-media, devenind *modele negative de formare* a unor conduite colective.

Un aspect asupra căruia trebuie insistat este faptul că, în societatea modernă, *modelele* au fost înlocuite cu *mode*, ceea ce a dus la falsă iluzie a înlocuirii unei *stabilități sociale învechite* cu *progresul social*. Situația este alarmantă, dar are soluție.

Deprecierea *modelelor tradiționale* se datorează în primul rând multiplelor și rapidelor mutații din viața socială a cetății. Vechile valori se pierd, iar în locul lor *încă* nu se pune nimic. Această *epocă a modelor*, deși este semnul unei *crize* majore, reprezintă de fapt un mare *efort sociocultural* de căutare și impunere a unor *modele noi*, capabile să introducă valori și norme specifice de care societatea și cetatea în schimbare au nevoie.

Credem că, din cele mai sus expuse, analiza evoluției istorice a cuplurilor în psihosexologie poate fi mai bine înțeleasă și abordată dacă vom ține seama că fiecărui *model de societate* și fiecărui *model de cetate* le corespunde un anumit tip de *instituții*, dintre care *familia* reprezintă una dintre instituțiile fundamentale pe care s-a sprijinit de-a lungul istoriei orice societate.

Capitolul 11

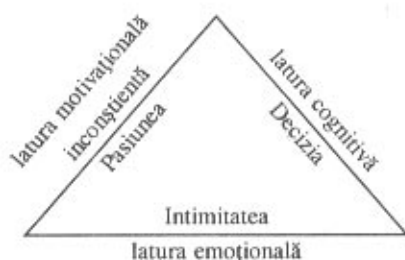
Psihosexologia cuplului

Din punct de vedere biologic, sexualitatea este determinată de exigențele reproductive. La om însă, aceasta capătă o dimensiune supraadăugată, prin faptul că sexualitatea are, de asemenea, o valoare autonomă legată de elementele de comunicare senzorială, emoțional-afectivă și de *intimitatea* care se stabilește între parteneri.

Intimitatea este definită ca fiind o calitate particulară pentru două persoane, aceea de a fi apropiate sub aspect emoțional-afectiv. Această legătură afectivă se bazează pe următoarele aspecte: atenții reciproce; responsabilitate; încredere; comunicare deschisă, sinceră a sentimentelor și senzațiilor; schimb deschis și total de informații între parteneri; cooperare reciprocă; realizarea unei securizări reciproce prin sprijinirea unui partener de către celălalt.

Modelele intimității variază în raport cu persoanele implicate: soț-soție, mamă-copil etc. Ele diferă ca semnificație din punct de vedere calitativ, cel mai important fiind raportul mamă-copil. În orice situație însă, intimitatea este importantă, întrucât ea determină calitatea vieții și a iubirii dintre parteneri.

R.J. Sternberg, referindu-se la „problema intimității”, remarcă faptul că acest tip de relație se constituie sub forma unei „situații triumghiulare”, în cadrul căreia valoarea de experiență erotică depinde de intensitatea absolută a trei componente, iar calitatea ei depinde, la rândul său, de forța lor relativă.



Echilibrul între aceste componente ale iubirii dintre parteneri este întotdeauna diferit și relativ, existând posibilități infinite de variație în cadrul relației erotice.

1. *Latura cognitivă* a iubirii este făcută din toate acele lucruri pe care partenerii cuplului „le știu” de la alții și care, în final, influențează decizia de „a iubi” și de

- a menține această decizie. În trecut, „căsătoriile aranjate” din rațiuni sociale sau pentru interese familiale funcționau destul de bine, erau durabile, aspect ce se menține și astăzi.
2. *Latura motivațională*, legată de pasiuni, prezintă aspectul relativ la cerere, la alegerea unei anumite persoane sau preferința pentru o anumită persoană. De ce se simte cineva atras de o persoană în mod deosebit și de ce încearcă o repulsie față de alta? Pasiunea cuprinde aspecte relative fie de atracția fizică, în care raportul sexual predomină, fie de sentimentul romantic al îndrăgostirii. Pasiunea este un fapt irațional, fiind legată de pulsunile inconștientului. Iubirea nu poate exista fără pasiune, în schimb pasiunea singură nu este suficientă pentru a garanta și a dezvolta stabilitatea viitorului cuplu.
 3. *Latura emoțională* a intimității cuprinde toate elementele care presupun faptul de „a trăi unul alături de celălalt” și din care rezultă sentimentul de legătură. Acesta nu corespunde pasiunii, întrucât nu se însoțește în mod necesar de dorința sexuală. *Intimitatea* este de două feluri :
 - a) cea legată de starea de „a fi îndrăgostit” și care produce acea situație de intimitate „fuzională” dintre parteneri ;
 - b) o alta, mai slabă, mai matură în ceea ce privește natura relației, permițând să se mențină și să se dezvolte propria individualitate și autonomie.

Nu se poate trăi permanent într-o stare de fuziune în cadrul cuplului conjugal. Este necesară o anumită distanță pentru a se putea comunica.

Din punct de vedere psihologic, intimitatea ridică mai multe probleme și are aspecte diferite. Le vom analiza în continuare.

Teama de intimitate. Se pune problema „de ce nu există intimitate în unele cupluri” sau „de ce apare o frică de intimitate mai mare decât cea referitoare la sexualitate”.

Multe cupluri care doresc să atingă un grad mai mare de intimitate sfârșesc prin a se îndrepta în direcția opusă apropierii. Intimitatea dă naștere la anxietate, producând, în felul acesta, îndepărtarea partenerilor.

Fiecare cuplu încearcă să impună o serie de comportamente care tind uneori să se îndepărteze sau să se apropie, reușind să mențină cu ajutorul unor aranjamente continue, într-o direcție sau alta, o distanță ideală între membrii acestui cuplu, asigurând o stare optimă de intimitate și evitând astfel anxietatea.

De ce intimitatea poate genera anxietate? Întrucât intimitatea comportă capacitatea de a avea o încredere deplină în celălalt, abandonând propriile măsuri de apărare, de a se „arăta așa cum este” și fără a exista teama că celălalt va profita de aceste „momente” sau de „punctele sale slabe”.

Intimitatea nonverbală. În cadrul unui cuplu, intimitatea poate fi verbală sau nonverbală. Intimitatea verbală constă în capacitatea de a comunica, prin intermediul limbajului, emoțiile și sentimentele cele mai intime celorlalți membri ai familiei.

În sexologie însă, latura nonverbală a comunicării cuplului este mult mai importantă în aspectele intimității, fiind raportată în primul rând la sfera senzorială.

Intimitatea nonverbală implică două elemente complementare : unul individual și altul relațional. *Elementul individual* poate fi definit ca reprezentând contrariul

pudorii, al izolării. El reprezintă capacitatea de a comunica cu corpul, de „a-ți arăta corporalitatea” sau de „a o pune în joc” sub aspect fizic, dar mai puțin erotic. Este o autoacceptare a sinelui și a propriului corp sau o mai bună manieră de „a trăi în armonie cu tine însuși”.

Elementul relațional constă în a nu refuza ca partenerul „să se arate”, în a nu resimți dezgust sau intoleranță față de manifestările corporale, neerotice ale celuilalt. În acest caz, totul depinde de capacitatea de „a te accepta”, întrucât dacă refuzi propriul tău corp este la fel de greu să-l accepți pe cel al altuia. Acest aspect are o mare valoare comunicațională în funcționalitatea intimă a cuplului.

Este posibil ca o persoană să aibă dificultăți în a-și exprima liber, prin propriul său corp, trăirile și de a accepta în felul acesta „să se deschidă” celorlalți. Această „barieră fizică” este rezultatul unei educații excesiv de rigide în ceea ce privește pudoarea. În această situație, dacă ea se manifestă, va produce dezgust, iritare, refuz, atitudini care reprezintă o veritabilă alarmă pentru funcționarea emoțională a cuplului respectiv.

Intimitatea și comunicarea senzorială. Intimitatea nonverbală se menține prin toate comportamentele care favorizează comunicarea senzorială. Se poate realiza, de exemplu, o bună intimitate verbală prin telefon sau prin scrisori.

Intimitatea sexuală reclamă însă cea mai mică distanță posibilă între două persoane. În cazul acestui tip de „distanță”, comunicarea este în primul rând senzorială, iar percepția vizuală își pierde din importanță. Canalele senzoriale cele mai importante sunt mirosul, pipăitul și percepțiile termice.

Simțurile joacă un rol mediator în comunicarea individului cu lumea exterioară, întrucât se poate afirma că percepțiile sunt baza „simțului realității”. Se poate astfel spune că realitatea unui cuplu există sau se bazează în egală măsură pe comunicările senzoriale care circulă liber în interiorul acestuia și, implicit, în intimitatea sa.

În raport cu canalul verbal, comunicarea senzorială are avantajul de a fi imediată, fără a cere elaborări cognitive speciale ale mesajului, și, având un caracter elementar, direct, imediat, nu se poate preta la confuzii.

Limbajul corpului, în interiorul unui cuplu, este, în primul rând, un „discurs al pielii” (D. Anzieu, F. Mascherza și E. Mecco). Pipăitul e forma primordială a relației cu lumea externă, fiind prezent încă din perioada intrauterină la făt, și primul care intră în joc în fazele inițiale ale raportului „mamă – nou-născut”. La fel de important în această etapă este și mirosul.

Intimitatea și sexualitatea. Înțelegerea raportului dintre intimitate și sexualitate, precum și accepțiunea acestuia sunt diferite la bărbat și la femeie.

Bărbatul tinde să-și subestimeze pielea ca organ erotic, dând preferință penisului și senzațiilor de la nivelul acestuia. Femeia este considerată mult mai sensibilă, tinde să-și distribuie percepția erotico-tactilă pe o suprafață corporală cât mai extinsă, neglijând clitorisul și senzațiile erotice ale acestuia.

Echilibrul dintre sexualitate și intimitate stă la baza unui „erotism trăit” al cuplului. Numai experiența reciprocă poate genera acest echilibru, împreună cu o cunoaștere reciprocă a partenerilor în intimitatea lor sexuală.

Intimitatea se relevă ca fiind un element fundamental pentru viața cuplului. O „relație în doi” fără intimitate se menține numai prin teama reciprocă, fie de a nu se separa, fie de a nu deveni prea dependenți unul de celălalt (J. Birthchnell).

Realizarea intimității este „ideea-cheie” în cadrul terapiilor cuplului conjugal și sexual. Investigarea intimității aduce numeroase și importante informații utile medicului și psihologului în vederea evaluării vieții cuplului și a posibilităților de evoluție viitoare a acestuia.

Acceptarea corpului celuilalt, nu numai în ceea ce privește seducțiile potențiale, ci în totalitatea sa, ca „relație corporală” directă, include problema raporturilor sexuale.

Pentru J. Birthchnell, intimitatea nu este facultativă, ci o necesitate vitală, fără de care oamenii se simt singuri și abandonați.

Stilul de viață al cuplului

În legătură cu modul de desfășurare a dinamicii cuplului marital, trebuie discutat și „stilul de viață” al cuplului sau modelul comportamentului psihosexual al partenerilor.

Fiecare cuplu are un stil propriu de comportament, în cadrul căruia regăsim „modelele de referință”, reprezentând zestrea psihologică cu care fiecare dintre parteneri „intră” în cadrul cuplului. Aceste modele sunt preluate, de regulă, din familia de origine a fiecărui partener. Fiecare partener are tendința de a impune celuilalt „modelul” său, pe care-l consideră ca fiind cel mai potrivit, adesea fără a ține seama de temperamentul, preferințele și aspirațiile partenerului, ceea ce duce la apariția unor stări de tensiune emoțional-afective, conflicte, putând în unele situații să conducă la disoluția cuplului.

Un rol esențial în „ajustarea” partenerilor cuplului marital, în stabilirea unui acord între aceștia, îl are comunicarea dintre ei în plan emoțional-afectiv în direcția unor interese comune, a unor aspirații identice și a unei corespondențe pe plan sexual.

Al doilea factor este reprezentat de toleranța reciprocă a partenerilor, de concesiile pe care și le fac unul altuia.

În al treilea rând, poate interveni factorul rațional, care permite aflarea elementelor pozitive ale „modelului” fiecărui partener, selectarea lor, „reconstruirea” și acceptarea, în acest fel, a unui „model comun” nou.

Factorul care poate rezolva aceste „ajustări reciproce” este timpul, ce pune treptat de acord partenerii între ei. Se mai poate constata și o renunțare parțială a partenerilor cuplului marital la unele aspecte ale „modelelor” noi pe care le propune fiecare.

Toate acestea, în final, vor duce la formarea unui „model de viață” nou, specific cuplului respectiv, întemeiat în primul rând pe o relație emoțional-afectivă pozitivă și pe o coabitare sexuală normală, lipsită de probleme.

Noul stil de viață al familiei va fi format în raport cu tipul de personalitate a partenerilor, temperamentul, tipul de reacție, nivelul de educație și cultură, forța valorilor morale și religioase care acționează în cadrul grupului familial respectiv.

Stilul de viață al cuplului va influența și configurația spațiului intim al familiei respective. Acesta are o mare importanță, fiind definit sau caracterizat prin mai multe dimensiuni: tipul de comunicare între partenerii cuplului marital; tipul de relații emoțional-afective; modelul de comportament sexual al partenerilor; tipul de aspirații, idealuri și interese.

Stilul de viață al cuplului se va reflecta în cadrul atitudinii partenerilor față de copii și în sfera modelului de educație a acestora.

Aspectele prezentate mai sus pun în evidență complexitatea problemelor pe care le ridică psihosexologia cuplurilor maritale. Unul dintre cele mai importante aspecte, în sensul acesta, având caracter sintetic, îl reprezintă „corelațiile psihosexuale”.

Corelațiile psihosexuale

Corelațiile psihosexuale definesc ansamblul de fapte psihologice care demonstrează existența unor relații, mai mult sau mai puțin strânse, a unei influențe reciproce între funcția sexuală psihică și ansamblul de manifestări psihice nesexuale. Acestea reprezintă un domeniu situat la jumătatea dintre partea psihică și cea sexuală, rezultând din adaptarea psihică imediată, în general, și personalitatea conștientă și voluntară, în particular, în raport cu ambele, cu solicitările impulsivității sexuale (S. Ventri, A. Hesnard).

A. Hesnard împarte *corelațiile psihosexuale* în două grupe:

1. *corelațiile psihosexuale directe* sau imediate, care se exprimă prin sentimente sexuale (iubire, gelozie, pudoare);
2. *corelațiile psihosexuale indirecte* sau mediate, ce exprimă sau demonstrează influența exercitată de psihism prin refularea tendințelor sexuale (caracteriologia sexuală). Le vom analiza pe rând în cele ce urmează.

Corelațiile psihosexuale directe

Orice individ la care funcția erotică este complet dezvoltată, dacă se află în condiții favorabile din punct de vedere al atitudinilor sale psihologice individuale, precum și în ceea ce privește circumstanțele mediului, poate adopta o conduită sexuală normală, asociată cu anumite sentimente legate direct de impulsurile sale sexuale. În această privință, se descriu câteva aspecte principale: psihologia iubirii, psihologia geloziei, pudoarea.

Psihologia iubirii

Relația bazată pe sentimente de iubire dintre doi indivizi de sex diferit poate lua mai multe forme.

a) *Iubirea sexuală normală* nu este numai o dorință erotică, o stare de „foame sexuală”, ci și un complex în care sunt incluse mai multe stări emoționale: *tandrețea, nevoia erotică, iubirea pasională, iubirile de tip idealist, mistic sau religios*.

H. Spencer notează următoarele elemente ale iubirii, reprezentate prin: o afecțiune sentimentală, admirație, o dorință de aprobare, o dorință de posesivitate, o anumită libertate de acțiune, simpatie.

Th. Ribot subliniază caracterul de „irezistibilitate” al iubirii dintre doi parteneri, susținut de pulsiunea sexuală.

O situație afectivă specială legată de circumstanțe o reprezintă „iubirea la prima vedere” (*le coup de foudre*). În plus, mai trebuie ținut seama și de faptul că persoana se naște într-o atmosferă de tandrețe familială și continuă așa până la vârsta adolescenței.

- b) *Iubirea-dorință* este tendința de posesiune, mai mult sau mai puțin geloasă, uneori crudă și violentă, a individului față de obiect.
- c) *Iubirea-pasiune* apare ca o furtună care domină întreaga personalitate socială a individului. Ea reprezintă o emoție durabilă în timp.
- d) *Iubirea cerebrală* are un pronunțat caracter rațional, fiind bazată pe interese, circumstanțe, aprecieri.
- e) *Iubirea idealistă* este mai mult sau mai puțin ardentă, mai nuanțată și relativ capabilă de altruism. Ea e foarte detașată de obiect, având un pronunțat caracter narcisic. Acest tip de iubire implică un veritabil spirit de sacrificiu față de obiectul iubirii, dar este concomitent dublată și de o mare admirație față de sine însuși, de cultul unui ideal reprezentat de propria persoană a individului, înfrumusețată de o perspectivă iluzorie de obiectivitate. După părerea lui Th. Ribot, „iubirea mistică, platonice, intelectuală este o formă anormală a iubirii sexuale”.
- f) *Iubirea-instinct* este legată de o lungă perioadă de adaptare a partenerilor, dată în primul rând de obișnuință.

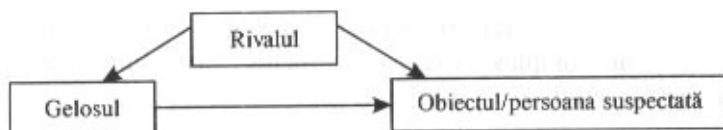
Psihologia geloziei

Sentimentul geloziei constă într-o emoție durabilă și penibilă, de tonalitate subiectivă specifică (amară, înepătoare, ca o mușcătură sau rană mortală), legată de suspiciunea privind obiectul iubit, rușinea asociată cu sentimentul de inferioritate, mânia și ura îndreptate către obiectul sau persoanele vizate de subiectul respectiv.

După S. Freud, gelozia (ca și întristarea) ține de acele stări afective pe care, în unele privințe, le putem considera normale. În cazurile când acestea lipsesc, S. Freud conchide că avem de-a face cu o puternică refulare a pulsiunilor inconștientului.

Gelozia se poate manifesta față de una sau mai multe persoane iubite. Ea reprezintă o „situație triumfiulară” în cadrul căreia figurează următorii: persoana geloasă, obiectul suspiciunii/urii acesteia, rivalul său (real sau imaginar).

În cazul persoanelor adulte care constituie cuplul marital, situația triumfiulară este reprezentată prin: soțul îndrăgostit, soția suspectată de infidelitate, rivalul soțului (real sau imaginar).



Gelozia variază ca formă de manifestare și semnificație în raport cu epoca, cu moravurile statuate și cu indivizii, după cum urmează :

- la popoarele primitive, gelozia îmbracă forma sentimentului deposedării materiale a bărbatului de femeia sa ;
- la musulmanii poligami, gelozia se manifestă chiar la simpla contemplare a feței femeii de către un străin ;
- la europeni, ea este un sentiment foarte răspândit în multe situații, fiind cauza criminalității pasionale de tipul suicidului sau al homicidului (L. Proal).

Psihanaliza împarte gelozia în trei grupe : gelozia concurențială sau normală, gelozia proiectivă și gelozia paranoică. Le vom prezenta în continuare.

Gelozia normală se exprimă prin înrădăcinare, durere legată de credința că obiectul erotic este pierdut, precum și printr-o suferință narcisică. De asemenea, cuprinde sentimente de ostilitate împotriva rivalilor ce îi sunt preferați, un anumit grad de autocritică, prin care tinde să facă răspunzător propriul Eu de pierderea iubirii. Acest tip de gelozie nu este absolut rațională, în sensul de a fi generată de relații reale dominate proporțional și în întregime de Eul conștient, întrucât ea își are originea în sfera inconștientului, perpetuând impulsuri timpurii ale afectivității infantile. Gelozia e trăită bisexual, în mod egal, atât de bărbat, cât și de femeie.

Gelozia proiectivă, atât în cazul bărbaților, cât și al femeilor, provine din manifestarea în viață a propriei lor infidelități sau din imboldul spre infidelitate trăit anterior. În această situație, individul proiectează asupra celeilalte părți, căreia îi datorează fidelitate, propriile sale porniri de infidelitate. Un atare tip de gelozie are un caracter cvasiparanoic, ce ascunde în spatele său fanteziile inconștiente ale propriei sale infidelități.

Gelozia paranoică este forma cea mai gravă și ea rezultă din aspirațiile la infidelitate refulate, obiectele acestor fantazii fiind aceleași pentru ambele sexe. Acest tip de gelozie corespunde unei homosexualități latente.

S-a constatat că gelozia este un sentiment marcat puternic de valorile morale ale modelului sociocultural. În acest sens, Breilm distinge în sfera geloziei trei categorii diferite de sentimente, după cum urmează :

- când cineva simte că relația erotică este amenințată de interesul crescut al partenerului în raport cu o altă persoană sau chiar cu un alt obiect ;
- gelozia pare a fi bazată pe insecuritate, legată de perspectiva abandonului și a destrămării cuplului, în special la persoanele imature afectiv ;
- gelozia este întărită de dorința unei exclusivități sexuale care pare a fi amenințată, mai ales în modelul cuplului monogam.

Persoanele geloase au o structură psihologică particulară a personalității, chiar dacă gelozia lor are un caracter net conturat în sens psihopatologic, al unor idei fixe

sau al unor dezvoltări de tip delirant. Ea este rezultatul următoarelor trăsături de personalitate: neliniște trezită și întreținută de teamă, incapacitatea de a putea întreține la partener sentimentul iubirii, impresia că este trădat în sentimentele sale, ideea de a fi respins de către partenerul său, impresia de obstacol al posesiunii partenerului, impresia unui sentiment de inferioritate, suspiciunea sau convingerea fermă a infidelității partenerului său de cuplu.

Toate aceste transformări ale personalității indivizilor geloși au multiple consecințe asupra comportamentului și modului de a gândi al acestora, în sensul următor: schimbarea atitudinii și a comportamentului, depresivitate, sentimentul rușinii, nemulțumirea de sine, disoluția cuplului familial, o stare de tensiune intrapsihică permanentă, exacerbată prin crize acute de mânie, ură împotriva partenerului sau a presupusului adversar, sentimente și acțiuni contradictorii, cu caracter marcat de violență, idei sau tentative de suicid, legate de sentimentele de inferioritate, idei sau acte de homicid, ca forme de răzbunare a „onoarei lezate”.

Psihanaliza a contribuit mult la analiza schimbărilor de personalitate a indivizilor geloși. Se consideră că geloșii sunt persoane pasionale anxioase, sadomasochiste, ce caută cu aviditate toate deciziile care să le susțină convingerile. Conduita acestor indivizi este dictată de sentimente complexe, cu caracter inconștient (homosexualitate latentă, fixație oedipiană, ură față de partener etc. – D. Lagache).

În situații deosebit de severe, gelozia poate afecta profund personalitatea individului, determinând o schimbare de factură psihotică, în care ea se conturează ca o dezvoltare de tip delirant. *Delirul de gelozie* exprimă falsa convingere, lipsită de orice temei normal, logic, în infidelitatea partenerului, manifestată printr-o atitudine de suspiciune, interpretare eronată, sentiment de prejudiciu etc. În astfel de situații, persoana delirantă trăiește deosebit de intens acest sentiment și convingerile care decurg din el. Concomitent, în interiorul cuplului, acest individ creează o stare de tensiune în relațiile și comunicarea intrafamiliale, nesiguranță, neliniște și chiar pericolul unor atacuri violente față de persoana suspicionată.

Modul de a fi gelos diferă în cazul bărbatului, comparativ cu al femeii. Femeia este mult mai frecvent și mai puternic geloasă decât bărbatul. Ea are o mare rezonanță emoțional-afectivă în raport cu acesta. Femeia are nevoie de tandrețe, de ocrotire, sprijin și securitate. Întrucât își consideră soțul ca pe un tovarăș de viață absolut indispensabil, ea are permanent teama că va fi abandonată sau că se va izola. De multe ori, la femei, gelozia coincide cu starea de frigiditate.

La bărbat, gelozia este legată de „obiect” și de un presupus „rival”. De multe ori, gelozia are formă patologică, fundamentându-se pe cauze imaginare, de tipul descris mai sus. Ea se asociază în unele situații cu delirul erotic sau erotomania (impresia delirantă de a fi iubit).

Bărbații sunt mai geloși față de activitatea sexuală a partenerelor lor, iar femeile sunt mai geloase față de implicările emoționale ale bărbaților. În toate cazurile însă, în spatele geloziei stă un complex de inferioritate, legat de natura pasională și posesivă a acestor tipuri de persoane. Separat de sentimentul de inferioritate, se mai notează în cazul persoanelor geloase și o nevoie nevrotică de a fi apreciat de ceilalți, o anumită trăsătură narcisică dominantă.

Gelozia nu trebuie confundată cu invidia, posesivitatea, suspiciunea. Invidia este starea emoțională pe care un individ o încearcă în raport cu acțiunile sau rezultatele celui alt. Posesivitatea este dorința emoțională de a domina și a posedea în final o persoană. Suspiciunea este o stare de spirit, o atitudine mintală care interpretează realitatea în virtutea tendințelor subiective personale, și nu după criteriile obiective, logice.

Pudoarea

Pudoarea este în relație imediată cu exercitarea funcției erotice și constă în asociația de idei, adesea de natură subconștientă, privind posibilitatea unei conduite sexuale (Mantegaz Ellis, Sergi, James, Dugas, Hesnard).

Ea poate fi foarte ușor provocată la femei în perspectiva descoperirii „la vedere” a nudității trupului. În egală măsură, trebuie să admitem faptul că „nudismul” este un mod de comportament diferit complet de vechea nuditate legată de pudoare.

Ceea ce caracterizează în principal pudoarea, din punct de vedere comportamental, este tendința de a se ascunde privirilor publice, fiind condită cu aparență antierotică. Acest „antierotism” pudic este însă un tip parțial și incomplet. Ea este, de fapt, o „conduită erotică favorabilă” afișată de femeie în scopul dezvoltării sau provocării dorinței erotice a bărbatului. Considerată în sensul acesta, pudoarea reprezintă un „excitant erotic” particular pentru bărbat și un „început” de realizare sexuală pentru femeie (A. Hesnard). De aceea, se poate spune că „o femeie fără pudoare sau chiar indiferentă este repulsivă erotic pentru un bărbat” (A. Hesnard). Între absența pudoarei, prin indiferență erotică, și atitudinea activă și intențional contrară pudorii, se plasează pudoarea propriu-zisă, ca excitant normal al conduitei sexuale.

Pudoarea nu există în mod natural. Ea este un produs al educației familiale și al unui model sociocultural. Fiind o refulare erotică sistematică, impusă cultural, ea este apreciată ca o ipocrizie.

La bărbat, pudoarea se exprimă prin ascunderea regiunii organelor sexuale, pe când la femeie ea are un caracter mai diferit, mai difuz (sâni, coapse, zona genitală etc.).

La femei, pudoarea se asociază cu anumite reacții psihice (o stare de emoție difuză, rușine paralizantă, anxietate, sentimentul de culpabilitate, de onoare, jenă, timiditate, rezervă, modestie), precum și cu unele modificări psihofiziologice (roșeața feței, modificări de tonus și atitudini musculare și posturale cu caracter definitiv). În felul acesta, atitudinea pudică a femeii constă în: curbarea spatelui, aplecarea corpului și a ochilor, flexarea coapselor, acoperirea cu brațele a sânilor și a zonei genitale.

Pudoarea apare în aceste circumstanțe ca un rezultat al șocului produs de tendințele sexuale și ca o reacție a tendințelor contrasexuale.

Corelații psihosexuale mediate

Viața psihică a individului este influențată de variațiile funcțiilor sexuale. *Atracția și repulsia* sexuale, în plan erotic sau psihologic, acționează ca un magnet ce orientează sensul gândirii, al emoțiilor și comportamentului individual. Se poate vorbi, în cazul acesta, de o veritabilă *caracterologie sexuală* (A. Hesnard), în conformitate cu care indivizii se împart în două grupe :

- a) indivizi dominați de viața sexuală, de nevoia imperioasă a satisfacerii instinctelor, a trebuințelor sexuale ;
- b) indivizi detașați, dezinteresați de nevoia satisfacerii trebuințelor sexuale.

În raport cu aceste tendințe caracteriale, se constituie și o anumită „*imagine de sine*” a individului : reținut, calm, demn și impetuos, dezlănțuit, libertin.

Se poate spune, în acest caz, ca o concluzie, că și „*caracterul este o rezultantă a mișcărilor vieții afective în care sexualitatea reprezintă o parte integrantă*” (A. Hesnard). A. Hesnard face o sinteză a trăsăturilor de caracter influențate de tendințele instinctului sexual, descriind trei grupe :

- a) *tendințele posesive și captivante* : spirit tiranic, posesiv, gelos, cruzime, nevoie de autoritate ;
- b) *tendințele posesive conservatoare* : spirit economic, parcimonios, colecționarism, spirit de ordine, încăpățănare ;
- c) *tendințele posesive productive* : mania distrugerii obiectelor, instabilitatea gusturilor erotice, superficialitate, aptitudine pentru creația artistică.

Capitolul 12

Situațiile de criză a cuplului

Am analizat în capitolul precedent aspectele legate de psihosexualitatea vieții cuplului marital. În cadrul acestuia pot apărea însă frecvent situații critice (de „criză”) cu forme variate și datorate unor cauze multiple, cu consecințe nefaste pentru dinamica și structura cuplului, pentru persoanele care compun grupul familial, putând duce în final la disoluția familiei.

Dincolo de aspectele sociale, economice sau de altă natură, un rol important în geneza situațiilor de *criză familială* îi revine și laturii psihosexuale. Iată de ce vom acorda o atenție deosebită acestor aspecte.

Sexualitatea și cuplurile fragile

Adesea, în spatele unui cuplu marital cu o aparență bună, normală, se ascund importante tulburări funcționale psihofamiliale, psihosexuale, tulburări privind identitatea unuia sau a altuia dintre parteneri, rolurile și statutele acestora. Toate aspectele numite, precum și altele au consecințe serioase, adesea deosebit de grave, afectând puternic grupul familial și putând duce la apariția unor crize de separare sau de dezorganizare a familiei.

Fragilitatea cuplurilor depinde, în mod egal, nu numai de „crizele actuale” care pot apărea între parteneri, ci și de evenimentele cu caracter psihotraumatizant din istoria psihobiografică a fiecărui partener al cuplului marital respectiv (P.A. Gloor).

Într-un studiu efectuat asupra „cuplurilor fragile”, M. Hurui și G. Stoll remarcă unele aspecte implicate direct în acest proces, cum sunt următoarele :

- a) *vârsta* : se remarcă predominarea tulburărilor în cazul cuplurilor tinere. Cauza o reprezintă, în primul rând, trăsăturile de caracter imature ale partenerilor. Legătura dintre parteneri s-a constituit fără o pregătire prealabilă, întâmplător, fără o cunoaștere reciprocă a acestora ;
- b) *situații conflictuale*, manifestate printr-unul sau mai multe conflicte conjugale larvate, mai mult sau mai puțin conștiente. Acestea vor avea ca efecte stări de frustrare sau conflicte între parteneri, legate în principal de o problemă sexuală (impotență, anorgasmie, ejaculare precoce). Simptomatologia psihofamilială a cuplului este, de regulă, extrem de polimorfă și se concretizează printr-o

tulburare a percepției corporale sau prin „mentalizarea” trăirii experienței sexuale. Acestea duc, de obicei, în cazul femeilor la frigiditate, iar în cazul bărbaților la stări de impotență ;

c) *legătura dintre parteneri* este de regulă afectată, întrucât mulți dintre aceștia sunt încă puțin sau deloc „individualizați” sau desprinși psihofamilial de familiile lor de origine. Se constată o conviețuire a cuplurilor tinere cu una din familiile de origine a unuia dintre parteneri, de care acesta este încă dependent, cu tot cortegiul de consecințe care decurg de aici pentru tânărul cuplu marital. Sunt cunoscute ca semnificative cazurile „femeilor închise” în familia de origine a soțului sau la domiciliul conjugal, fiind concomitent împiedicate să aibă relații cu propriile lor familii de origine. În acest caz, soțul este cu „un plus” de autoritate care accentuează sentimentul de „claustrare-oprimare” al femeii-soție, întreținând o stare de tensiune în cadrul familiei și generând conflicte. În această situație, comunicarea între partenerii cuplului marital apare din ce în ce mai problematică, în special în domeniul sexualității. Din punct de vedere afectiv, relația dintre parteneri apare ștearsă sau este înlocuită cu teme de gelozie etc. ;

d) *sexualitatea* suferă distorsiuni importante în cadrul cuplurilor fragile. În special, femeia percepe manifestările de tandrețe, afecțiunea bărbatului ca pe o acțiune lipsită de semnificația unei comunicări sau chiar ca pe o relație de tip inhibant-paralizantă. Se notează încercări bilaterale, de tip artificial, forțate, legate de dorința reciprocă a partenerilor de „a-l satisface pe celălalt”, cum ar fi atitudinea femeii de „a se pune la dispoziția soțului” pentru a-i satisface o nevoie presupus vitală pentru acesta ;

e) *personalitatea partenerilor* are un rol extrem de important și complex. Marty menționează ca fiind cele mai importante sub aspectul frecvenței : nevrozele de caracter, stările-limită, nevroza de comportament, urmate de stările prepsihotice și psihozele pure.

S-a constatat existența unei importante corelații între sexualitate și tulburările de personalitate, exprimate mai ales prin fenomene regresive, stări de angoasă difuză, tulburări de identitate etc., care sunt proiectate asupra propriului corp, fiind în raport direct cu imaginea de sine. Acestea se pot manifesta prin inspecția compulsivă a organelor genitale, controlul zilnic al greutateii ponderale, apelul la tehnicile de chirurgie estetică (nas, față, abdomen, sâni, vagin etc.).

Toată această simptomatologie antrenează, la rândul ei, în mod secundar un tablou psihosomatic sau psihic extrem de polimorf, în care notăm următoarele : cefalee, dismenoree cu amenoree, dureri perineale, dursalgii, colită spastică, insomnii, plâns facil, indispoziție afectivă, iritabilitate, labilitate emoțională, oboseală, preocupări ipohondrice, depresivitate.

D. Anzieu a insistat asupra acestor aspecte, pe care le raportează la o anumită schimbare a imaginii de sine. El pune accentul, în cazul situațiilor menționate, asupra unor importante lacune ce survin în cadrul procesului de individuație, legate de structurarea imaginii de sine ca „Eu-fizic” (*moi-peau*) individual, care se formează în cadrul cuplului marital al celor doi parteneri ca o suprainvestire compensatorie a

„învelișului psihic imaginar al cuplului”. În această situație, fiecare partener va funcționa față de celălalt în virtutea unei „iluzii duale” la care se raportează, căutându-și astfel un anumit tip de identitate având ca origine „senzațiile și afecțiile ce rezultă din întâlnirea (și contactul) empatetic imediat cu celălalt”.

A. Păunescu-Podeanu aduce contribuții interesante în explicarea unor situații de criză în cadrul cuplului sexual. În acest sens, autorul citat insistă asupra fenomenelor de incompatibilitate imunologică, ce pot apărea sub forma unor stări alergice între parteneri, manifestate pe plan biologic prin tulburări somatice și psihosomatice de un polimorfism extrem de variat, iar în plan psihologic prin conflicte, stare de repulsie, depresie, plâns, anxietate.

Un alt aspect care poate constitui un factor important în procesul de „fragilizare a cuplurilor maritale” este reprezentat prin apariția unor afecțiuni mai mult sau mai puțin invalidante din sfera genitală la unul dintre partenerii cuplului, de regulă la femei.

Afecțiunile invalidante din sfera genitală pot avea influențe importante asupra vieții cuplului, aspecte de care suntem în toate cazurile obligați să ținem seama. Cele mai frecvente și mai importante situații ne sunt oferite de intervențiile chirurgicale practicate asupra aparatului genital feminin, cu consecințe multiple și variate asupra vieții sexuale, dar și asupra personalității femeilor respective.

S-a constatat faptul că pentru femei uterul are semnificația simbolică a propriei identități sexuale și a maternității, motiv pentru care acesta joacă un mare rol atât în planul fiziologic, cât și în cel al imaginarii psihice (S. Caruso, C. Agnello și M. Campo).

Pentru femeie, uterul reprezintă organul care, în plan simbolic, este punctul de întâlnire a fantasmelor feminine și a funcției reproductive propriu-zise. Din acest motiv, pierderea sa funcțională, din punct de vedere reproductiv, fie la menopauză, fie din motive chirurgicale, reprezintă evenimente psihotraumatizante cu consecințe nedorite, uneori chiar deosebit de zgomotoase clinic. Este cunoscut, în sensul acesta, raportul care există între histerectomie și comportamentul sexual al femeii. Menopauza chirurgicală, mai ales când survine la o vârstă tânără, are numeroase consecințe asupra personalității și comportamentului psihosexual al femeii. E. Lindemann notează, în cazurile de mai sus, apariția unor stări depresive, insomnie și anxietate, simptome similare celor din cursul menopauzei fiziologice.

D. Menzer, referindu-se la observații efectuate asupra femeilor care sunt propuse în vederea histerectomiei, notează existența a două grupe de cazuri cu reacții diferite, și anume: a) un lot de femei care, după intervenția chirurgicală, își reiau viața în mod normal, fără a avea tulburări clinice; b) un lot de femei care, având un simț deosebit de accentuat al maternității, prezintă în urma histerectomiei reacții catastrofice deosebit de zgomotoase clinic.

M.C. Drellich notează, în majoritatea cazurilor de histerectomie, o stare de anxietate preoperatorie legată de consecințele intervenționale chirurgicale.

Se poate vedea din cele de mai sus că afecțiunile ginecologice și intervențiile chirurgicale asupra aparatului genital feminin au o importanță deosebită în sexologie.

Să ne oprim un moment în analiza noastră asupra celor mai importante și frecvente afecțiuni ginecologice cu implicații asupra vieții sexuale a femeii și a cuplului marital.

Sindromul Kustner-Rokitansky. Această afecțiune constă dintr-o agenezie a uterului și a vaginului consecutivă unei tulburări de dezvoltare a canalelor lui Müller. Femeile au ovarele anatomo-fiziologic normale, beneficiind de un genotip și de un fenotip normal. Organele genitale externe sunt corespunzător dezvoltate, dar vaginul este redus la o cavitate mică, închisă, numai de câțiva milimetri.

Identitatea acestor persoane este feminină, dar ele sunt în imposibilitatea de a avea relații sexuale din cauza aplaziei vaginale. Malformația se va rezolva din punct de vedere chirurgical printr-o operație de plastie.

Histerectomia cu ovariectomie subtotală. Ablația chirurgicală a uterului subtotală, asociată cu extirparea unui ovar, va duce la o modificare psihică și endocrină a acestor paciente. Asistăm, în cazurile numite, la apariția unor stări reactive consecutive operației. În general, se constată postoperator apariția unor modificări de tipul reducerii apetitului sexual, scăderea orgasmului, algopareunie, dureri după raportul sexual, reducerea activității sexuale. Toate aceste modificări sunt, probabil, consecința unei stări de neliniște, de anxietate în legătură cu operația suferită de pacientă, la care se pot asocia eventuale dificultăți conjugale preexistente acesteia.

Histerectomia totală cu anexectomie bilaterală. În această situație, modificările vieții sexuale a femeii cu implicații asupra cuplului sunt mult mai accentuate în raport cu situația descrisă mai sus. Se notează o scădere marcantă a apetitului sexual și a orgasmului la femeia operată.

Femeile din această categorie vor acuza dureri în timpul sau după consumarea actului sexual (algopareunie), legate de scăderea secreției care lubrefiază mucoasa vaginală și atrofia acesteia, consecutivă insuficienței hormonale.

Sindromul Stein-Lerenthal. Acesta se caracterizează printr-o producție excesivă de androgeni, accentuată în cursul vieții sexuale. Simptomatologic, această afecțiune se caracterizează prin menstrre neregulate, începând încă din pubertate, hirsutism și creștere ponderală, fără modificări privind identitatea sexuală a femeii. Se pare că orgasmul nu este modificat. În unele situații, femeile sunt mai excitabile și mai active decât în medie.

Aspectele mai sus menționate, referitoare la ginecopatiile ce influențează comportamentul psihosexual al femeilor, nu par a influența în mod serios coabitarea sexuală în cadrul cuplului marital, cu excepția sindromului Kustner-Rokitansky, care totuși poate fi corectat printr-o operație de plastie chirurgicală. Restul afecțiunilor sunt corectate de un tratament hormonal adecvat, aplicat corespunzător.

Se impune însă, în toate cazurile menționate, instituirea unor măsuri adecvate de psihoterapie protectoare și de igienă mentală care să favorizeze o revenire la o viață sexuală normală și la o bună integrare a femeilor în cadrul cuplului marital căruia îi aparțin.

Un rol esențial în acest proces de recuperare funcțională îi revine și partenerului. Atitudinea soțului trebuie să fie protectoare, tandră, delicată, evitând frustrările, dezvoltarea unor complexe de inferioritate sau a stărilor ipohondriace sau depresive.

S-a discutat și studiat mult modelul comportamentului psihosexual în cadrul cuplului marital, dar s-au neglijat aspectele legate de *situațiile postmaritale*. Se consideră că aproximativ jumătate din populația căsătorită se separă sau divorțează.

Psihologia „postmaritală” face referințe la conduitele și reacțiile care apar la membrii cuplului în curs de disociere sau disociați, depresii, anxietate, modificări de comportament sexual etc.

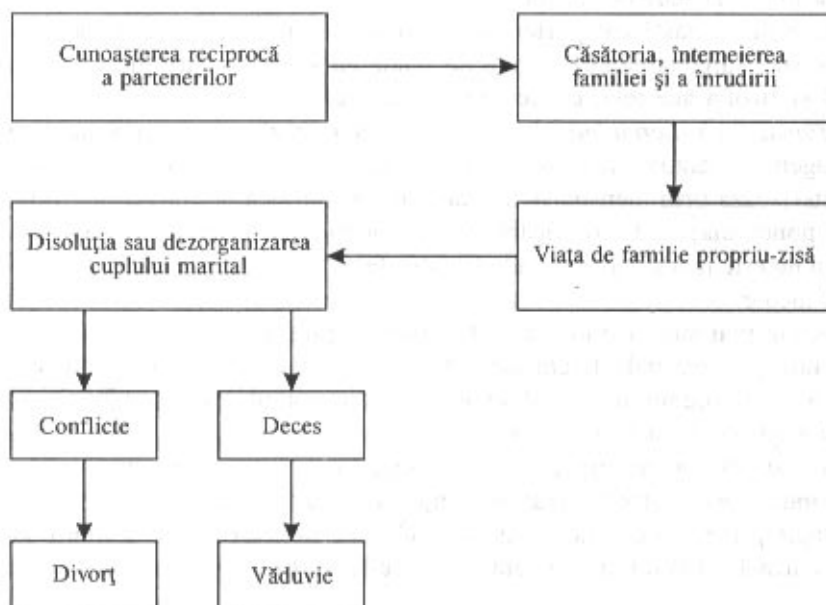
În ceea ce privește *criza de separare* se discută rolul mai multor factori, cum ar fi: factori sociali, factori fiziologici, factori psihologici.

Criza de separare este o situație deosebit de stresantă, percepută ca atare de fiecare dintre partenerii cuplului marital, dar și de alte persoane din cadrul familiei. În cazul în care ea are un caracter de desfășurare dramatică, zgomotoasă, se pot înregistra reacții sau dezvoltări psihopatologice diferite, în primul rând de natură emoțional-afectivă (depresii, anxietăți etc.).

În aceste situații, femeia are sentimentul abandonului, iar bărbatul sentimentul eliberării. Se pierde niște stereotipuri care vor fi înlocuite cu modul de viață solitară.

P. Bohman, care s-a ocupat de studiul psihologic al căsătoriei și divorțului, vorbește despre o „istorie naturală a căsătoriei”, reprezentată printr-o succesiune de etape, dintre care menționează următoarele: cunoașterea reciprocă a partenerilor, căsătoria, stabilirea sau întemeierea familiei și a înruderii, viața de familie propriu-zisă, apariția primelor stări de tensiune, conflicte, separații, disoluția sau dezorganizarea cuplului familial.

Aceste aspecte sunt sintetizate în schema de mai jos:



Mecanismele psihologice ale formării și disoluției cuplului. Din cele de mai sus rezultă complexitatea aspectelor care apar în legătură cu modul de construire și de disoluție a cuplului marital. În sensul acesta, grupul familial pune probleme psihosociologice specifice, în interiorul cărora dinamica relațiilor erotico-sexuale joacă un rol deosebit de important.

Studiile efectuate au pus în evidență faptul că între *procesul de constituire* a cuplului marital și *procesul de disoluție* a acestuia există o relație strânsă, de explicitare reciprocă.

Aspectele discutate mai sus reprezintă manifestările unor *fenomene de criză maritală*, dar ele nu explică nici modul de formare și nici modalitatea de disoluție a cuplului marital. Disoluția cuplului marital își are originea în modalitatea de construire a acestuia. Le vom analiza în continuare.

Construirea cuplului marital are la bază, în mod natural, alegerea reciprocă a partenerului. Alegerea partenerului este, în primul rând, rezultatul unei afinități sau al unei atracții emoțional-afective care pune în mișcare atracția sau dorința erotico-sexuală.

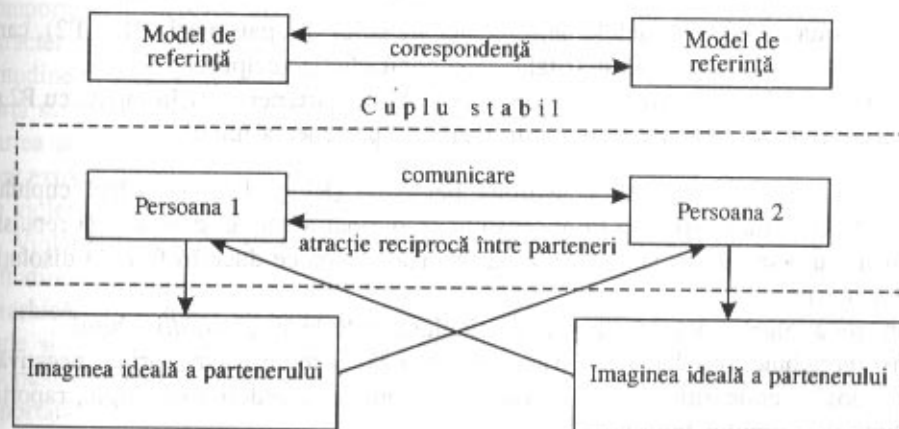
La baza alegerii partenerului se află un model de „*imagine ideală de partener*” pe care persoana respectivă, bărbat sau femeie, și-a construit-o deja. Imaginea ideală a partenerului se formează încă din perioada copilăriei și se consolidează în adolescență. Primele modele sunt părinții sau frații și surorile, la care se raportează, prin comparație, ca „*modele de referință*”, viitorii posibili parteneri.

Aceste „*imagini ideale*” pot avea un caracter pozitiv sau negativ. Primele sunt stimulante, următoarele au o mare încărcătură psihotraumatizantă (persoane tiranice, dominante, slabe, violente, șovăitoare etc.). Se poate vorbi și de o absență a modelului în cazul persoanelor provenind din familii dezorganizate etc. În aceste cazuri, suntem îndreptățiți să admitem chiar existența unor „*antimodele*”.

Alegerea partenerului de către o persoană se face în conformitate cu „*imaginea ideală*” pe care această persoană o are referitor la partener. Constituirea cuplului marital va avea întotdeauna în vedere „*imaginea ideală*” a partenerului, fapt ce va avea ca urmare stabilirea unui tip de „*comunicare pozitivă*” reciprocă între cei doi viitori parteneri, în perioada de apropiere și de cunoaștere reciprocă premaritală.

Este important de menționat faptul că la început cei doi parteneri „*își fac concesii reciproce*”, căutând să se ajusteze în conformitate cu „*modelele ideale*” de parteneri ale fiecăruia dintre ei, refuzând să vadă defectele celuilalt.

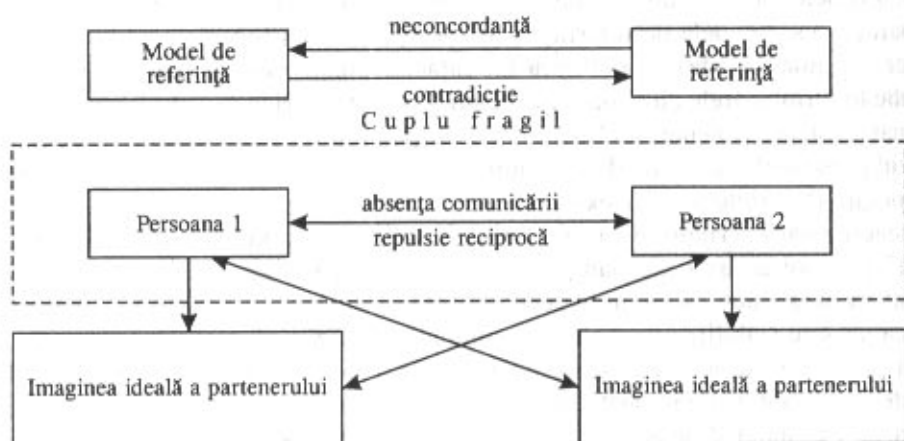
Acest proces se desfășoară în conformitate cu schema următoare:



Din schema anterioară rezultă faptul că trebuie să se decidă câteva tipuri de „relații de corespondență” între cei doi parteneri (P1 și P2), după cum urmează:

- corespondența între cele două modele de referință (nivelul social, economic, clasa socială, credințe religioase, mentalitate, nivelul de cultură, profesiunea, valorile și principiile morale, modelul de educație etc.);
- identificarea imaginii ideale a fiecărei persoane cu partenerul (imaginea ideală a P1 cu P2 și invers);
- atracția reciprocă între cele două persoane (P1 și P2), care să realizeze și să întrețină comunicarea și, respectiv, cuplul marital.

În cazul *disoluției cuplului marital*, aspectul se schimbă fundamental. Elementul cel mai important care intervine este reprezentat de apariția unor neconcordanțe, de diferite forme și intensități, între cei doi parteneri. Reluând schema precedentă, situația în cazul „disoluției cuplului marital” este reprezentată în schema următoare:



Relațiile care se stabilesc între membrii cuplului marital ce duc la disoluția acestuia au un caracter negativ și se manifestă prin următoarele aspecte:

- neconcordanța între modelele de referință ale celor doi parteneri (P1 și P2), care duce la o situație de criză maritală, la o contradicție reciprocă;
- apariția unei contradicții între imaginea ideală de partener a P1 în raport cu P2 și inacceptarea de către P2 a imaginii ideale de partener a lui P1.

Absența comunicării între cele două persoane (P1 și P2) în cadrul cuplului marital are ca urmare apariția unor tensiuni emoțional-afective, conflicte și repulsie reciprocă, cu respingerea simultană a partenerilor, ceea ce duce în final la disoluția cuplului marital.

Vom reda sintetic aceste aspecte, particularizându-le în cazul *divorțului*.

Divorțul trebuie considerat, într-o anumită privință, ca reprezentând forma „negativă” sau „pe dos” a constituirii cuplului marital din punct de vedere psihologic, raportat la psihologia grupului familial.

Căsătoria constă în alegerea partenerului pe baza unei atracții reciproce, ce are la bază un model și o imagine ideală de partener, proprii fiecăruia dintre cei care contractează căsătoria.

În cazul divorțului, atracția dintre parteneri este înlocuită de refuzul partenerilor, reciproc sau unilateral. Atracția este înlocuită de o stare de repulsie care are la bază „descoperirea” unor neconcordanțe între „modelul” și „imaginea” anterioară a partenerilor și cea actuală. Modelul marital al partenerului va fi perceput ca un „antimodel”, iar între „imaginea ideală” de partener și „imaginea reală” actuală va interveni o contradicție.

Toate aceste aspecte cu caracter de relație psihofamilială, având un fundament psihosexual, vor da naștere unor situații tensional-conflictuale în cadrul cuplului marital între cei doi parteneri, manifestate prin: sentimente de frustrare, indiferentism afectiv, conflicte, gelozie, lipsă de comunicare, repulsie reciprocă, anxietate, nesiguranță, impresia de abandon la soție, impresia de constrângere la soț.

Situațiile de *criză maritală* care preced disoluția *cuplului marital* sunt marcate de o serie de conflicte cu caracter de manifestări nevrotice, de un mare polimorfism, ce pot fi sistematizate în două categorii: *violența în familie* și *nevroza conjugală*. Ambele interesează întregul grup familial și din acest motiv au caracteristici de manifestare specifice unui grup, luând aspectul unor *scenarii patologice*. Să analizăm în continuare aceste două categorii de manifestări.

Violența în familie

O problemă deosebit de serioasă, care afectează direct și imediat climatul familial, comunicarea și raporturile dintre membrii familiei, cu implicații numeroase și grave este reprezentată de *violența în familie*.

Într-un studiu general dedicat acestei probleme, I.A. Michaud consideră violența ca pe o formă particulară de conduită agresivă orientată către un obiect sau o persoană în scopul dominării, al acaparării sau anulării sale. Pentru G. Sorel, violența este caricatura puterii și a autorității impuse prin forță. *Violența* este un comportament agresiv învățat și orientat către un anumit scop. În plus, ea are un caracter activ, direct și distructiv. Opusul *violenței* e *nonviolența*, care este un tip de atitudine pasivă, de retragere, de reținere de la orice fel de manifestări agresive, de forță sau de ripostă, în scopul de a anula orice acțiune sau inițiativă de acțiune din partea atacatorului. Direcțiile și modalitățile sub care se poate manifesta violența sunt extrem de numeroase și ele au, de regulă, forme specifice. Ne vom ocupa numai de violența în grupul familial.

Violența în familie se poate manifesta sub forme diferite. Ea are la originea sa atitudinea dictatorială, autoritară a bărbatului, soț și tată, în raport de situație ierarhică, comparativ cu ceilalți membri ai familiei sale. În aceste condiții, femeia, soție și mamă, precum și copiii vor avea, în cadrul ierarhiei familiale statutul de „supuși”. Aceste atribute ierarhice au, în primul rând, o semnificație simbolică, raportată la un sistem de valori culturale care caracterizează un model cultural ancestral de familie, ce se perpetuează. În cadrul acestui model familial, *bărbatul*

este *șeful familiei*, iar *femeia* și *copiii* sunt *supușii* acestuia, care-i datorează ascultare. Această ierarhie a statutelor și distribuția corespunzătoare persoanelor implicate a rolurilor conferă bărbatului drepturi asupra celorlalți membri ai familiei sale. În virtutea acestui model de organizare familială, abaterea celorlalți membri ai familiei de la datoria de ascultare față de *șef* reprezintă un act de împotrivire, considerat ca o culpabilitate, care trebuie pedepsit. În acest caz, violența apare ca având semnificația simbolică de pedeapsă corecțională. Se poate vedea că sensul original al violenței în familie este sociocultural și moral, raportat la *arhetipul șefului*.

Evoluția socioculturală și morală a dus însă la transformări profunde ale grupului familial. Un rol important l-a reprezentat „*emanciparea feminină*”, care a modificat raportul de *forțe* în familia tradițională. Această modificare a raportului de *forțe* a dus la numeroase aspecte care au generat forme noi de conflict nevrotic sau violență în familie: competiția și concurența dintre membrii cuplului marital, dificultăți de comunicare, suprapunerea sau confuzia statutelor și a rolurilor etc. Vom reveni asupra acestor aspecte după ce vom analiza violența propriu-zisă în familie.

În decursul evoluției și transformărilor istorice ale societăților umane și ale modelelor familiale, violența a continuat să persiste ca o *practică* în relațiile familiale, deși treptat ea și-a pierdut semnificația culturală simbolică originală. Un rol important îi revine interpretării psihanalitice a violenței, în general – și, în special, a celei din familie. Incapacitatea de rezolvare a unor situații de impas, tensiune sau conflict reprezintă una din cauzele frecvente care pot declanșa violența. O analiză atentă a formelor de manifestare a violenței în familie pune în evidență mai multe tipuri:

- a) *violența culturală*, ca model cultural arhaic conservat în ceea ce privește statutul și rolul fiecărui membru în ierarhia familiei, legat de respectarea unor interdicții și pedepsirea abaterii sau a violării acestora, prin aplicarea unor pedepse care presupun violența;
- b) *violența structurală*, adică tipul de comportament caracteristic personalităților agresiv-impulsive, sadic-agresive, psihopaților exploziv-instabili, personalităților epileptoide cu un mare potențial agresiv, ce se descarcă asupra celorlalți membri ai familiei sale;
- c) *violența patologică*, specifică tabloului clinico-psihiatric și evoluției clinice a unor afecțiuni psihice, de care individul nu este nici conștient și nici responsabil;
- d) *violențele ocazionale*, produse de alcoolici, toxicomani, personalități psihopatiche decompensate, sociopați etc.;
- e) *violența nevrotică*, ce apare și se dezvoltă treptat în familie ca urmare a unor situații tensionale și conflictuale între membrii familiei respective, de regulă între membrii cuplului marital – soț și soție. Violența nevrotică este produsă de situații conflictuale, de tensiuni și contrarietăți prelungite, iar la baza acestora stau complexe de inferioritate generate, de regulă, de gelozia dintre soți, de relațiile extraconjugale, confuzia sau interferența statutelor și a rolurilor, de competiția dintre membrii cuplului marital etc. În aceste situații, comportamentul violent trebuie considerat un *simptom al nevrozei conjugale*. Acest aspect deosebește violența nevrotică de celelalte forme de violență în familie, descrise mai sus.

Violența nevrotică este un act de descărcare agresivă orientată asupra unei alte persoane din familie, care, dincolo de aspectele sale formale de manifestare fizică (înjurii, amenințări, lovituri fizice etc.), are în primul rând semnificația unei încălcări simbolice de factură nevrotică a unor *conflicte interiorizate*. În aceste cazuri, semnificația violenței fizice este de a proiecta culpabilizarea și de a transfera frustrările și stările complexe proprii asupra partenerului de viață. Prin violență, care este un „act de descărcare nevrotică”, se consideră că din punct de vedere moral și familial au fost rezolvate conflictele, violența fiind o formă de exteriorizare a acestora. Ea reprezintă și o formă simbolică de transfer și sublimare prin care este lichidată tensiunea nevrotică, produsă de interiorizarea conflictelor, dintre partenerii cuplului marital. Aceste aspecte vor lua o configurație specială în cazul *nevrozei conjugale*, de care ne vom ocupa în continuare.

Nevroza conjugală

Studiile de orientare psihanalitică au adus importante contribuții în explicarea semnificației *stărilor de criză nevrotică* în afara grupului familial. Stările de tensiune, conflictele, actele de violență, situațiile de separare, abandon, divorț, care afectează starea de sănătate mintală a membrilor grupului familial, sunt reinterpretate și constituie *materialul* din care se construiește *nevroza familială*. Dramele familiale, considerate de regulă ca *evenimente de familie* sau ca *situații de viață*, reprezintă de fapt forme specifice de manifestare a *bolii conjugale* sau a *nevrozei conjugale* (G. Tordjman).

Nevroza conjugală sau familială este o formă particulară și complexă de manifestare care apare și se desfășoară în cadrul grupului familial, în principal între partenerii cuplului marital, dar care, în final, va interesa pe toți membrii familiei respective. Ea trebuie înțeleasă ca o schimbare în raport cu sentimentele, emoțiile, dorințele, sensibilitățile, aspirațiile și idealurile, temerile și interdicțiile sau stările complexe existente la fiecare dintre partenerii cuplului respectiv.

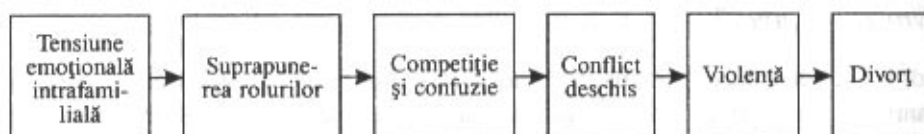
Cel mai important factor care contribuie la dezvoltarea nevrozei conjugale îl reprezintă *conflictul modelelor originare*. Acesta constă în faptul că fiecare partener vine în cadrul cuplului respectiv cu *modelele* și *experiențele* familiei sale de origine, iar *întâlnirea* dintre parteneri și hotărârea acestora de a întemeia o familie nu coincid cu *acordul modelelor individuale*, ele fiind de regulă contradictorii. Din acest motiv, este absolut necesară o perioadă de efort și toleranță pentru a se putea stabili un acord între cele două *modele individuale* diferite și de a se construi un *model nou* comun și acceptabil. Necesitatea construirii noului model este esențială, întrucât el reprezintă de fapt o *nouă identitate*, care-i va defini și caracteriza, unificându-i în timp, pe cei doi parteneri ca aparținând aceluiași grup familial.

Al doilea aspect este legat de *comunicarea în interiorul cuplului marital*. Aceasta se realizează prin acceptarea unor statute și roluri precise în cadrul unei ierarhii valorice și funcționale a grupului familial, valabile în primul rând pentru *familiiile tradiționale*. *Cuplurile familiale moderne*, deschise, se caracterizează prin această

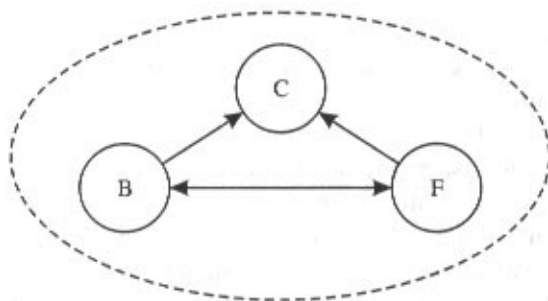
confuzie sau suprapunere a statutelor și rolurilor partenerilor în ierarhia familială. Aceasta va genera izolare, tensiune și o confruntare permanentă manifestată prin conflicte sau acte de violență de tipul celor mai sus prezentate.

Confuzia statutelor și incapacitatea de a-și exercita rolul, pentru fiecare dintre partenerii cuplului marital, vor crea situații de frustrare, din pricina cărora fiecare dintre aceștia va proiecta asupra celuilalt propriile sale probleme. În contextul acestui conflict de culpabilizare reciprocă, ce va lua configurația unui *scenariu patologic*, cei afectați vor fi copiii, care devin *motivul disputelor*, dar, concomitent, și refugiu afectiv al fiecăruia dintre părinți. În final, frustrările vor fi orientate asupra copiilor, iar aceștia vor sfârși prin a deveni *simptomul nevrozei cuplului*.

Așa cum spuneam în cazul *violenței* și în cazul *nevrozei conjugale*, conflictul intrafamiliar dintre membrii cuplului marital se desfășoară sub forma unui *scenariu patologic*. Secvențele acestui scenariu apar în următoarea schemă:



Configurația *scenariului patologic* al *nevrozei conjugale* este următoarea, el fiind constituit din totalitatea membrilor care intră în componența grupului familial: B (bărbat – soț și tată), F (femeie – soție și mamă), C (copil), așa cum se poate vedea din schema următoare:



Conflictul dintre cei doi parteneri ai cuplului conjugal se desfășoară sub forma unei *culpabilizări* proiective reciproce. Aceste *tensiuni* se vor repercuta asupra copiilor, care vor prezenta tulburări psihice diferite (fugi patologice, tulburări de comportament, mitomanie etc.). În cazul acesta, copilul devine, prin „absorbirea” sau „interiorizarea” modelului conflictual al părinților, *simptomul nevrozei conjugale/familiale*.

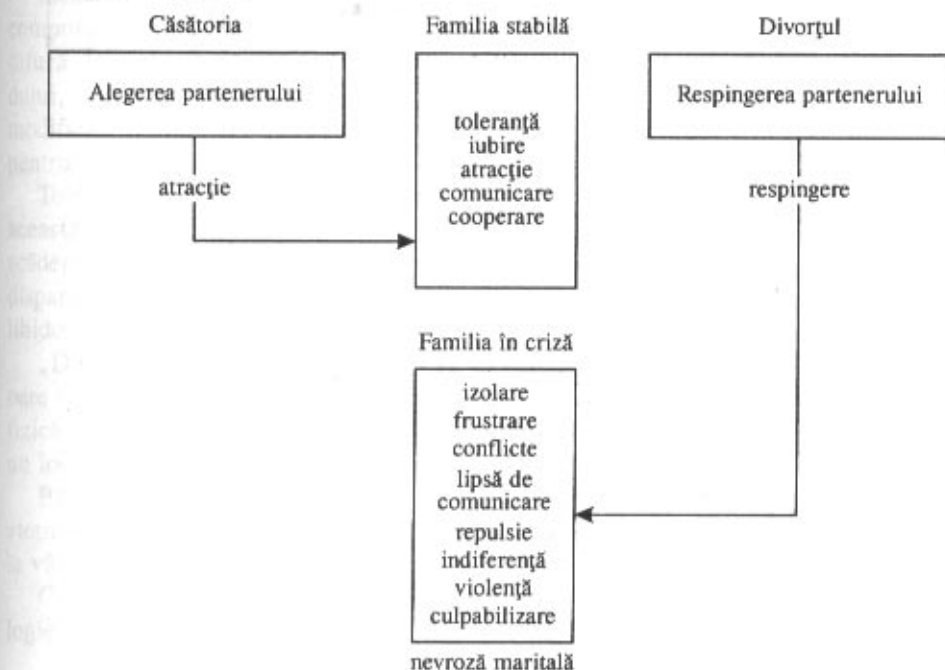
Nevroza conjugală are multiple forme de manifestare la membrii grupului familial. În sensul acesta, se descrie următoarea gamă de tulburări:

- a) *tulburări psihologice*, constând în dificultăți de comunicare, instabilitate emoțională cu iritabilitate și explozii de mânie, insomnii, depresivitate, fenomene isterice, anxietate;

- b) *tulburări somatice și psihosomatice* de tipul: boală ulceroasă, hipertensiune arterială, distonii neurovegetative, afecțiuni ginecologice și de dinamică sexuală, anorexie sau bulimie;
- c) *tulburări de comportament social*, reprezentate prin separarea sau despărțirea partenerilor, abandonul familial, relații extraconjugale, conduita de refugiu sau izolare (alcoolism, toxicomanii), tentative de suicid etc.

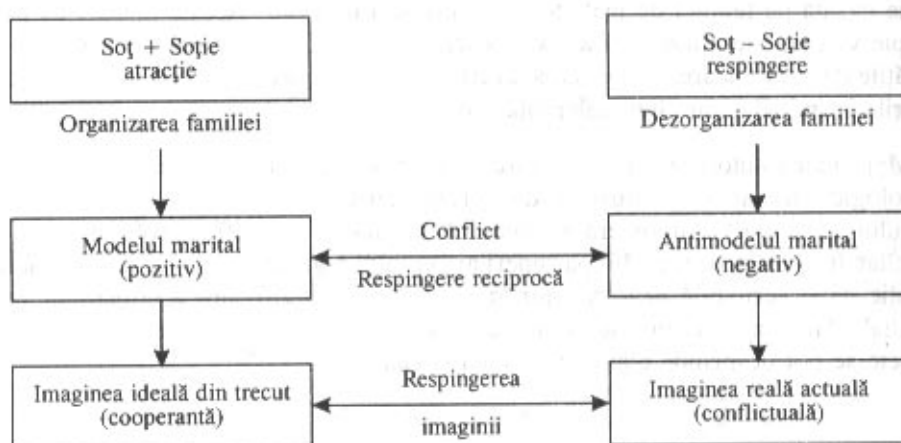
Atitudinea față de nevrozele conjugale trebuie diferențiată de la caz la caz, în funcție de caracteristicile proprii fiecărui grup familial. Din punctul de vedere al psihoigieniei, precum și din punct de vedere terapeutic, se va avea în vedere faptul că fiecare familie trebuie *tratată global*, evitând să ne concentrăm atenția exclusiv asupra *bolnavului* care, așa cum am spus deja, este *simptomul nevrozei familiale*. Din aceste considerente, atitudinea terapeutică trebuie să aibă o adresă colectivă și să fie bazată pe tehnici de psihoterapie familială de grup. Aceste măsuri de psihoterapie vizează situațiile conflictuale, stările de tensiune emoțională, violența, dificultățile de comunicare, restaurarea ierarhiilor și a cooperării firești între statutele și rolurile membrilor familiei, toleranța, cooperarea și înțelegerea.

Majoritatea autorilor sunt de acord în a recunoaște aceste aspecte de ordin pur psihologic care apar în situațiile de „criză maritală”, având ca urmare disoluția cuplului prin divorț. Atmosfera psihologică familială se modifică profund, implicând simultan în acest proces ambii parteneri ai cuplului marital. Se poate vorbi în această situație de o veritabilă *nevroză maritală*, ca tip de modificare a climatului psihofamilial, dar și a atitudinii de comunicare a celor doi parteneri ai cuplului. Aceste aspecte se pot desprinde clar din schema următoare:



Nevroza maritală duce la o situație tensională, la un conflict între parteneri, având ca urmare respingerea reciprocă a acestora.

Cauza nevrozei maritale rezidă din incompatibilitatea care se stabilește între „modelele maritale” și „imaginile ideale de parteneri” ale celor doi conjuncți ai cuplului marital. Conflictul va aduce în actualitate „defectele” necunoscute sau ignorate în mod inconștient, pînă la acea dată, de către cei doi parteneri ai cuplului. Aceste „defecte” capătă proporții majore, constituite în noi imagini ale partenerilor și, în contrast cu „imaginile ideale” și „modelul anterior”, vor avea semnificația unor „antimodele”, care vor deveni sursa, baza conflictelor conjugale. Antimodelele sunt și motivul unor culpabilizări reciproce, care vor constitui, din punct de vedere faptic, cauzele divorțului și ale disoluției cuplului marital, așa cum se poate vedea în schema următoare.



Capitolul 13

Sexualitatea la vârsta a treia

Viața ființei umane nu reprezintă un „continuum”. Ea este formată din *etape succesive*, bine configurate, cu caracteristici întrerupte de „momente de criză psihobiologică”, pregătind trecerea persoanei de la o etapă de vârstă a vieții la alta. Tot acest ciclu se derulează între două momente: *nașterea* și *moartea* individului.

Etapale vieții individuale sunt următoarele: momentul nașterii individului; copilăria; criza de evoluție (perioada pubertății și adolescența); vârsta adultă; criza de involuție (menopauza la femei și andropauza la bărbați); involuția și vârsta a treia (bătrânețea); perspectiva și momentul morții individului.

Fiecareia dintre aceste etape de viață îi corespund anumite dimensiuni psihologice, sociale, morale etc. și, implicit, un anumit model de comportament psihosexual. Ne vom referi în continuare la aspectele legate de sexualitate la vârsta a treia.

Încă din perioada maturității, încep să apară semne ce anunță o schimbare a comportamentului sexual. Acestea sunt asociate, de obicei, cu o stare de anxietate difuză. În general, primele manifestări privesc *libidoul* și *potența sexuală* ale individului, direcție în care se notează două aspecte (A. Ellis și A. Abarbanel): o modificare a funcției reproducătoare; o schimbare a stimulării interesului individului pentru activitatea sexuală.

Totuși, și la vârsta a treia, glandele sexuale continuă să producă hormoni, dar această activitate se diminuează continuu. La bărbați se instalează impotența și scăderea considerabilă a fertilității, pe când la femei, începând cu menopauza, dispare capacitatea reproductivă și, în același timp, asistăm la o scădere marcată a libidoului.

„Dar ce este bătrânețea de fapt?”, se întreabă numeroși specialiști. Trebuie ea oare văzută și interpretată, în principal, ca o uzură, o degradare generală și progresivă, fizică și psihică a persoanei și în cadrul acestui proces sexualitatea trebuie să ocupe un loc important?

Bătrânețea nu este o boală. Ea trebuie considerată la fel ca celelalte etape ale vieții individului. Acest aspect este esențial în înțelegerea aspectelor psihosexologiei la vârsta a treia.

Ch. Müller realizează o interesantă analiză sintetică a psihologiei și psihopatologiei vârstei a treia, la care vom face referință în cele ce urmează.

Omul care îmbătrânește se caracterizează, în primul rând, printr-un proces de încetinire, de lentoare generală, legată de o scădere a vitalității. Lentoarea este probabil fenomenul cel mai caracteristic legat, în mod direct, de procesele biologice de îmbătrânire (Ch. Müller).

Pe plan psihologic, se constată, în același timp, o transformare a personalității de la extraversie către introversie. Gândirea creatoare se diminuează concomitent cu capacitatea de învățare. Motivațiile devin monotone. Dispare capacitatea de concentrare de lungă durată asupra unui subiect. Emotivitatea și afectivitatea încep să slăbească. Apar o stare de apatie, labilitatea emoțională și îngustarea egocentrică a preocupărilor individuale.

În prezența unor situații noi de viață, persoana va acționa într-o manieră rigidă și stereotipă. Se accentuează particularitățile de caracter, prin apariția unor aspecte noi, care s-au aflat până atunci în stare latentă.

Un loc important în psihologia vârstei a treia îl ocupă atitudinea subiectivă a individului față de propria sa situație ca persoană în viață. În general, persoanele în vârstă sunt deosebit de îngrijorate de perspectiva sau de prezența infirmităților lor fizice, de diminuarea forțelor fizice și a capacităților intelectuale, în primul rând a funcției mnemice. Toți acuză o „schimbare” pe care o resimt ca pe o povară. Se izolează de lume, de societate și se simt chiar marginalizați sau excluși. În sensul acesta, se poate spune, fără să comitem o eroare, că bătrânețea antrenează un anumit „complex de izolare-inferioritate” al persoanei.

Sunt însă și situații în care bătrânețea este resimțită ca o stare pozitivă și ca un atribut valoric al personalității. Semnificativ în sensul acesta este, spre exemplu, neuropsihiatrul elvețian C. von Monakow, care, la vârsta de 80 de ani, scrie *Panegirismul bătrâneții*, notând că această etapă a vieții i-a adus împlinirea plenară a unei „orchestre psihobiologice”. Faptele lipsite de importanță, neesențiale, sunt date la o parte, individul se concentrează asupra esențialului, dezvoltându-se capacitatea de sinteză și vederea de ansamblu. Evocarea vechilor amintiri procură o plăcere interioară și o afirmare a realității de sine.

Deși recunoaște existența unor fenomene negative, ca: oboseala progresivă, scăderea concentrării și a memoriei, C. von Monakow consideră că individul nu trebuie să cadă pradă depresiei și sentimentului de inferioritate.

E. Minkowski notează că la bătrâni se poate vorbi încă de posibilitatea de creație și de o anumită capacitate de adaptare la situațiile noi ale vieții trăite.

Bătrânețea este, incontestabil, o etapă a vieții, o schimbare a regimului psihobiologic în sens involutiv. Ea este la fel de zgomotoasă și capricioasă ca și adolescența, fiind brăzdată de crize, drame, angoase, întrebări, neliniști. Dar, pe când adolescența se proiectează în viitor, ca o perspectivă, bătrânețea se întoarce către trecut, pe care-l contemplă. Din acest motiv, credem că nu greșim dacă afirmăm că bătrânețea este o adolescență pe dos.

Un aspect deosebit de important de care suntem obligați să ținem seama atunci când analizăm bătrânețea este legat de „atitudinea societății” față de bătrân și de bătrânețe. Prin urmare, este vorba de rolul valorilor morale ale modelului sociocultural în ceea ce privește evaluarea bătrâneții și elaborarea unei atitudini sociale față de bătrân.

Istoria ne oferă, în sensul acesta, aspecte deosebit de interesante de care trebuie să ținem seama. Problema i-a preocupat pe numeroși autori, dar nu a fost scrisă o „istorie culturală” a bătrâneții. Ceea ce se poate spune cu certitudine este faptul că bătrânul e un personaj prezent în literatură, artă, teatru, istorie, mitologie, religie, morală și filosofie. Pentru toate aceste domenii, bătrânețea constituie o temă predilectă (E. Faguet, S. de Beauvoir, Seneca, Cicero, Cato din Utica, Homer, Schopenhauer etc.).

În general, atitudinea față de *bătrân* și atitudinea față de *bătrânețe* diferă, acestea fiind două planuri care nu trebuie suprapuse. Bătrânețea ca stare psihobiologică este respinsă, dar, în mod paradoxal, nu aceeași atitudine există față de bătrân.

În Antichitate, bătrânul era simbolul înțelepciunii, experiența de viață și echilibrul îl recomandau și-l impuneau în fața societății (Homer, Vechiul Testament). Lucrurile par a se schimba la tragicii greci (Sofocle, Euripide) și mai cu seamă în comedie (Aristofan), când bătrânul este asimilat cu starea de impotență a bătrâneții sau chiar cu un obiect incomod și nedorit.

Seneca și Cicero pledează în favoarea virtuților morale și a înțelepciunii bătrânilor. Dar Iuvenal, Terențiu și Propertiu văd în ea un defect și o stare de degradare.

Eul Mediu asociază bătrânețea cu demonismul și vrăjitoria.

În perioada Renașterii, bătrânețea este detronată de tineret. W. Shakespeare aduce în discuție personaje ca regele Lear, Polonius și Falstaff, la care decrepitudinea fizică, morală și sufletească par a fi marca specifică vârstei a treia.

Romantismul restaurează într-o anumită privință situația bătrânului ca înțelept (V. Hugo). Dar nici acum părerile nu sunt încă unitare (A. Schopenhauer, Fr. Nietzsche).

În epoca modernă și contemporană, „condiția bătrânului este scandalosă” afirmă S. de Beauvoir.

Societățile tradiționale, stabile și echilibrate moral, prețuiesc bătrânii și stimează, respectă bătrânețea. Societățile moderne, supuse schimbărilor progresului, instabile, în perpetuă mișcare și străbătute de crizele morale și sociale, reprimă bătrânii și resping bătrânețea ca pe o veritabilă „plagă socială”. În aceste societăți, *bătrânul* și *bătrânețea* au aceeași semnificație pe care au avut-o în trecut *nebunii* și *nebunia*.

În societatea modernă, bătrânețea este asociată cu angoasa existențială pe care o dau izolarea socială, ieșirea din activitatea profesională, sentimentul de inutilitate și perspectiva morții ca ultimă etapă biologică.

Particularitățile psihosexuale ale vârstei a treia

Această problemă interesează un mare număr de specialiști. Se consideră, în general, că viața sexuală a bătrânului se caracterizează prin persistența libidoului, dar printr-o diminuare a potenței și a capacității de erecție și orgasm. Aceste aspecte favorizează apariția unor tendințe de tip deviant, perversiune, cum ar fi: voyeurismul, pedofilia sau exhibiționismul (Kinsey, Hamilton, Newmann, Bowman, Vecki, Pellegrini, Lenz).

După Kinsey, activitatea sexuală se diminuează în mod regulat și progresiv la bătrânețe. Nu se poate vorbi însă despre o diminuare bruscă sau de o întrerupere a acesteia o dată cu senescența. Autorul menționat notează o activitate sexuală de tip regulat, în unele situații, chiar la vârsta de 88 de ani, precum și vise erotice cu poluții la persoane între 70 și 80 de ani.

După unii autori, activitatea sexuală a bătrânului depinde, într-o mare măsură, de statutul său social. Este interesant de remarcat în această privință că, așa cum în perioada adolescenței activitatea sexuală e legată de sentimentul de rușine, ca o barieră morală, la fel și în cazul bătrâneții, rușinea ca frână morală reapare. La bătrâni, viața sexuală are o conotație morală negativă care știrbește seriozitatea, demnitatea și sobrietatea abținerii ce ar trebui să caracterizeze această vârstă.

La vârsta a treia, asistăm la o ștergere importantă a caracterelor secundare, fapt care duce la o aparentă „egalizare” a sexelor. Bărbații în vârstă prezintă adesea semne de feminizare, pe când femeile încep să se masculinizeze. Egalizarea fiziologică și diminuarea sexualității la bătrânețe vor orienta activitatea către alte domenii de preocupare, dar ele pot constitui, în egală măsură, și condiții ale apariției unor conflicte de ordin nevrotic.

Viața sexuală a omului nu încetează o dată cu suprimarea funcției reproducătoare, ea continuând în mod independent de aceasta.

În general însă, asistăm la o diminuare a libidoului, la un dezinteres progresiv al acestei categorii de indivizi pentru activitatea sexuală.

În perioada de climax la femei sau de andropauză la bărbați se pot semna însă manifestări de exaltare a activității sexuale. Hipererotismul și hipersexualitatea acestor etape sunt explicate printr-o activitate gonado-endocrină de tip paradoxal, care însă se va reduce destul de rapid.

Crizele de involuție psihosexuală. Trecerea de la maturitate la vârsta a treia este marcată de etapele sau *crizele de involuție*, manifestate prin *menopauză* la femei și *andropauză* la bărbați, care vor opera modificări importante în planul psihobiologic la ambele sexe. Studiind aceste aspecte, A. Hesnard distinge în cadrul sexualității la vârsta a treia două aspecte principale: exacerbarea erotismului și declinul funcției erotice.

Exacerbarea funcției erotice apare la vârsta critică și ea se manifestă atât la femei, cât și la bărbați, între 45 și 55 de ani, corespunzând perioadei preinvolutive. Deși manifestarea este comună ambelor sexe, ea e mult mai accentuată și mult mai stearsă la femei și târzie ca instalare în cazul bărbaților.

Renunțarea la viața sexuală nu este dorită și nici acceptată cu ușurință, dar ea se impune individului în mod natural, în raport cu procesele generale de involuție.

În această perioadă a vârstei critice, funcțiile psihosexuale se manifestă într-o primă etapă printr-o exaltare de tipul hipersexualității care, în cazul bărbaților, este destul de prelungită în timp, deși aptitudinea fiziologică a organismului se diminuează considerabil.

În jurul vârstei de 50 de ani, mulți indivizi își simt viața intimă profund modificată, fapt care-i afectează moral. Bărbații devin subit mai interesați de evenimentele sexuale, în care investesc o pasiune erotică deosebită, motiv pentru care dezvoltă sentimente de gelozie față de eventualii lor concurenți mai tineri.

În cazul femeilor, aceste manifestări erotico-sexuale iau aspectul unor pasiuni subite și zgomotoase, axate în special pe bărbați mai tineri decât ele, față de care dezvoltă o gelozie violentă.

La ambele sexe, aceste „furtuni pasionale”, cum le numește A. Hesnard, se manifestă zgomotos, uneori chiar public, prin pasiune erotică, gelozie și tandrețe excesivă. În unele cazuri, se poate ajunge la stări obsesionale sau chiar la interpretări de tip delirant erotic, având ca temă partenerul.

În alte situații, apare o deturnare a erotismului acestor persoane aflate la vârsta critică asupra propriilor copii. Mamele dezvoltă o pasiune exagerată față de fii, manifestând o hiperprotecție și împiedicându-i să aibă relații cu persoanele de sex opus de aceeași vârstă cu ei. Se cunosc și cazuri de tați îndrăgostiți de fiicele lor, față de care manifestă o tandrețe și o atenție exagerate, dublate de gelozie pentru partenerii tineri ai acestora.

Multe persoane la vârsta critică, deși educate și cu o poziție socială importantă (ca statut și rol social), manifestă subite pasiuni erotice, perioade de dorință violentă, având ca orientare persoane mult mai tinere decât ele, uneori chiar de același sex. Aceste situații penibile pot da naștere la conflicte și adesea chiar la adevărate drame sociale sau familiale.

Declinul funcției erotice urmează imediat perioadei mai sus menționate. După o exaltare erotică, de tipul hipersexualității, se instalează rapid și brusc o diminuare marcantă a funcției sexuale, adesea cu caracter definitiv. Viața sexuală se înscrie în declinul general al organismului specific vârstei a treia.

Mai târziu, după vârsta de 55-65 de ani, asistăm la noi situații cu caracter conflictual, cauzate de discordanța frapantă dintre virilitatea cerebrală, la care individul nu poate renunța, și o decrepitudine fizică evidentă, manifestată prin diminuarea marcantă a potenței sale sexuale (A. Hesnard). Subzistă în acest caz apetitul sexual, dar el are un caracter neobișnuit, fiind orientat către tineri sau chiar către copii. Manifestările de acest gen au fie un aspect ludic, fie pot lua forma unor personalități caricaturale.

Vârsta critică

Vârsta critică reprezintă etapele de criză psihobiologică de involuție a individului. Ele au semnificația opusă crizei de pubertate din perioada adolescenței, traducând în acest caz declinul general al persoanei din punct de vedere psihobiologic, iar în planul psihosexual o ștergere parțială a caracterelor sexuale secundare, cu diminuarea consecutivă a funcției erotico-sexuale.

Aceste „crize” se însoțesc de manifestări zgomotoase atât la femei, cât și la bărbați și impun o atitudine protectiv-corectivă, atât din punct de vedere terapeutic, cât și în ceea ce privește măsurile de igienă mintală și sexuală, precum și o psihoterapie specifică.

Menopauza

Menopauza sau climaxul reprezintă la femeie oprirea definitivă a menstruelor datorită epuizării funcției ovariene. Ea este un fenomen fiziologic natural, care se produce în jurul vârstei de 45-55 de ani. Este momentul „critic” al trecerii de la vârsta adultă la bătrânețe a femeii.

Majoritatea autorilor disting trei perioade ale menopauzei, și anume: *premenopauza*, *menopauza* și *postmenopauza*.

Premenopauza poate dura mai multe luni sau chiar mai mulți ani și se caracterizează prin neregularitatea apariției menstruelor, uneori cu pauze prelungite între ele de mai multe zile sau chiar luni. Se produc metroragii intempestive legate de tulburările congestive sau vasculare, la care se mai adaugă, din punct de vedere clinic, vertije, fose, mici pusee de hipertensiune arterială, stări depresive sau anxioase asociate. Aceste modificări sunt legate de puseele de hiperfolliculinemie; apar bufee paroxistice de metroragie ce mimează menstruele. Ele au un caracter neobișnuit și se însoțesc de o stare anormală de nervozitate sau chiar de crize de excitație nervoasă.

P. Abely notează, în unele cazuri, accese de erotomanie legate tot de deversările hiperfolliculinetice de tip paroxistic.

Menopauza este variabilă ca durată și constă în suprimarea completă a menstruelor, prin epuizarea funcției ovariene. La femeile la care există un dezechilibru neurovegetativ, menopauza este deosebit de zgomotoasă, pe când la cele echilibrate psihic și care duc o viață liniștită această perioadă critică se desfășoară aproape pe nesimțite.

La femeile din mediul urban, care au un grad de cultură mult mai ridicat și care duc o viață mai agitată, care-și pun mai multe probleme sexuale, menopauza este de regulă însoțită de tulburări, pe când la femeile din mediul rural, care duc o viață mai puțin agitată și au mai puține preocupări în legătură cu sexualitatea, menopauza decurge mult mai liniștit și este mai ușor suportată.

Menopauza se traduce prin tulburări neurovegetative, vasomotorii, bufeuri de căldură urmate de transpirații generalizate, fenomene care se pot repeta de mai multe ori pe zi și care sunt accentuate de stările emoționale ale femeii.

Tulburările vasomotorii din sfera cerebrală se traduc prin cefalee, crize migrenoase, amețeli, la care se adaugă senzații cenestezice de greutate și furnicăături în cap. În plus, constatăm modificări viscerele de tip vegetativ, ca: palpitații, jenă precordială, oscilații ale tensiunii arteriale.

Apar și modificări psihice de tip caracterial. Femeia are senzația de disconfort, nu se simte bine, acuză o scădere a memoriei, a inițiativei, asociațiile ideative devin mai lente, se instalează o stare de astenie generală urmată de inactivitate. Din punct de vedere emoțional-afectiv, se înregistrează iritabilitate, susceptibilitate crescută și depresie.

La menopauză, se poate vorbi de o instabilitate emoțional-afectivă cu variații ale dispoziției, fapt care poate declanșa sau chiar accentua unele tulburări psihice, de tip: fobiilor, obsesiilor, gelozie patologică, idei delirante cu temă mistică sau erotică etc.

Libidoul în faza de premenopauză este prezent sau chiar accentuat, pentru a se reduce considerabil, până la totală dispariție în cursul menopauzei propriu-zise.

Menopauza antrenează și modificări de tip constituțional la femeie. Se înregistrează o creștere ponderală, scăderea elasticității cutanate, apar riduri ale feței, edeme palpebrale, pilozitate facială și corporală, varicozități ale vaselor tegumentare, părul și unghiile sunt friabile, vocea se îngroașă.

În sfera genitală, se produce o involuție a organelor sexuale. Uterul se diminuează ca volum, ovarele se atrofiază, apare un prurit vulvar și o vaginită atrofică. Vaginul se modifică atât în lungime, cât și în lățime, libidoul și orgasmul scad.

Postmenopauza este etapa următoare și ultima, în cursul căreia ovarul intră într-o stare de repaus funcțional. Unele femei prezintă o stare de liniște fiziologică și psihologică, părând nemodificate din punct de vedere comportamental în raport cu modul lor de a fi anterior menopauzei.

În alte cazuri, dimpotrivă, se înregistrează schimbări caracteriale și de comportament de tip nevrotic, manifestate printr-o stare continuă de neliniște, angoasă, insomnii, labilitate emoțională, instabilitate, manifestări de tip autoritar-tiranic față de anturaj.

Anxietatea duce la dezvoltarea unor preocupări ipohondriace. Se notează prezența unor obsesii, fobii, impulsii erotico-sexuale, dipsomanie, cleptomanie etc. La unele femei, apar idei fobice de tipul cancerofobiei sau idei delirante de gelozie, persecuție sau erotomanie. În toate aceste cazuri, terenul psihologic are o importanță majoră în ceea ce privește geneza tulburărilor.

A. Lévy-Valensi vorbește despre o „menopauză morală”, în care sunt incluse ansamblul decepțiilor sentimentale și situațiile de frustrare ce le încearcă femeia în legătură cu criza de involuție, de care leagă și despărțirea de copii, situațiile de doliu de familie etc., aspecte inerente vârstei.

Pentru A. Masson și L. Grimberg, „menopauza morală” este „momentul psihologic și psihopatologic de trecere a femeii la perioada de involuție”. El trebuie apreciat ca o atitudine a femeii față de această nouă situație, care o „deposedează” de statutul ei de feminitate anterioară, cu toate consecințele sale pe plan individual, familial, social etc.

Andropauza este la bărbat corespondentul menopauzei și marchează intrarea acestuia în „vârsta critică”, prin care se face trecerea de la perioada adultă la vârsta a treia.

Andropauza desemnează încetarea funcției sexuale la bărbat. Ea se însoțește uneori de un sindrom de anxietate, lentă intelectuală și o diminuare notabilă a potențialității genezice. Ea se observă, ca tip de manifestare net constituită, mult mai rar decât menopauza sau manifestările echivalente de la femeie.

Încetarea activității sexuale a bărbatului nu poate fi localizată cronologic cu aceeași exactitate cu care se situează menopauza la femeie. Ea poate începe să se manifeste uneori chiar în jurul vârstei de 30 de ani, dar, în marea majoritate a cazurilor, se instalează după 70 de ani.

Acest sindrom, dificil de diagnosticat, trebuie apreciat cu prudență, pentru a-l delimita de unele stări depresive și anxioase care se instalează în perioada preinvolutivă, independent de regimul funcțional al vieții sexuale sau al altor modificări de ordin somatic.

În general, andropauza este însoțită și de schimbări caracteriale și de tip comportamental. Bărbații, manifestând o hipersexualitate, au impresia unei revigorări fizice și sexuale, sunt înclinați către aventuri erotice, se orientează către fete tinere etc. Aceste manifestări pot avea efecte negative asupra vieții personale și, în special, asupra familiei lor.

Capitolul 14

Aspectele psihosociale și transculturale ale vieții sexuale

Comportamentul sexual și atitudinea față de sexualitate variază în raport cu aria etnoculturală la care facem referință. Acest aspect al amprenteii modelului sociocultural asupra sexualității este recunoscut astăzi de majoritatea specialiștilor (B. Malinowski, M. Mead, R. Benedick, R. Linton, A. Kardiner, Cl. Lévi-Strauss). Se poate afirma că sexualitatea este normată de valorile modelului sociocultural, înregistrând variații etnoculturale specifice (M. Hirschfeld, H. Ellis, H. Elemlberger etc.).

S. Freud a formulat de pe pozițiile psihanalizei aspectele psihoculturale specifice ale formării grupului uman și rolul sexualității în celebra sa lucrare *Totem și tabu*.

Cercetările actuale, deosebit de numeroase, care s-au acumulat în acest domeniu, pledează în sensul unei variații antropoculturale a modelelor de comportament psihosexual în raport cu grupele etnoculturale. R. Linton afirmă că „fiecare cultură socială tinde să-și elaboreze o serie proprie de modele culturale, împărtășite și transmise, și să stabilească anumite obligații speciale pentru membrii ei”.

Aceste aspecte stau la baza modelelor generale de comportament și, în primul rând, la baza comportamentelor psihosociale care sunt puternic influențate de modelele culturale, de tradiții și cutume, fenomene întâlnite în toate culturile.

Ceea ce determină diferențele interculturale sunt modalitățile formale de aplicare și de „utilizare” ale practicilor sexuale, ritualizate.

Majoritatea autorilor – sexologi, psihiatri sau antropologi – sunt de acord în a recunoaște că orice cultură creează modele de comportament și de educație care reflectă principiile de viață, idealurile, aspirațiile și interesele societății respective.

Din punctul de vedere al modelului de comportament și educație sexuale, se poate face o distincție clară între *modelul european*, *modelele asiatice* (China, Japonia, India) și *modelele oferite de populațiile tribale africane sau australiene*.

Sociologii și antropologii au constatat faptul că normele de comportament diferă de la o societate la alta și că membrii fiecărei societăți prezintă variații individuale considerabile legate de tipul de *personalitate de bază* la care facem referință.

Elementul care se ia cel mai frecvent în discuție este *căsătoria* dintre viitorii parteneri ai cuplului marital. Fiind în esența ei motivată din punct de vedere instinctual sexual, căsătoria este un act ritualizat în absolut toate societățile, fie că

avem de-a face cu societăți *civilizate* de tip tradițional sau modern, fie că este vorba despre societăți *primitive* de tip tribal. În ambele cazuri, căsătoria îmbracă forme, motivații și modalități de manifestare diferite, specifice grupului etnocultural la care ne referim.

Forma de căsătorie care a tins să se impună dintotdeauna este „căsătoria monogamă”, aspect studiat de S. Freud, B. Malinowski etc. Există însă și în această privință numeroase aspecte transculturale specifice.

Spre deosebire de europeni, japonezii admit – în afara căsătoriei monogame – existența unor concubine oficiale ale soțului și, de asemenea, relațiile acestuia cu alte concubine neoficiale. Nu sunt însă recunoscuți ca legitimi decât copiii rezultați din căsătoria oficială a soțului. Adulterul soției este însă considerat inacceptabil, aceasta fiind practic subordonată, prin tradiție, atât soțului, cât și tuturor celorlalți membri de sex masculin ai familiei. Soțul are dreptul de a-și pedepsi oricât de dur soția, în această situație repudierea fiind considerată forma cea mai ușoară.

Căsătoria este aranjată de tatăl fetei cu viitorul ginere și tatăl acestuia, chiar fără ca tinerii să se cunoască înaintea căsătoriei. Ulterior, după căsătorie, mireasa va merge în casa soțului ei unde devine, în mod automat, cel mai subordonat membru al familiei. În cazul sterilității soției, soțul poate să o repudieze și să se recăsătorească.

O altă particularitate a vieții sexuale japoneze o constituie existența gheișelor. Gheișa are o profesie ca oricare alta, dar care se învață greu, încă din copilărie, necesitând calități deosebite și o educație de un tip special, în principal artistică. Ea este considerată ca fiind depozitara sensibilității feminine specific japoneză și își desfășoară activitatea în „casele de gheișe”. Ea este expertă în muzică, artă, creatoare și talentată, subtilă și cultivată, foarte inteligentă și devotată, modestă și cu bun gust. Gheișa beneficiază de o pregătire psihologică deosebită, pentru a se putea adapta nevoilor, dorințelor și personalității bărbatului pe care-l însoțește.

În India, comportamentul sexual și educația sexuală sunt inseparabile de castă. Casta are un caracter de tabu absolut, care nu poate fi încălcat. Căsătoriile se aranjează numai în interiorul aceleiași caste, încă din copilărie, prin înțelegerile dintre părinți, tinerii supunându-se necondiționat. Sancțiunile în cazul adulterului sunt deosebit de aspre. Elementul moral în viața sexuală a poporului indian este de la sine înțeles, cinstea, încrederea reciprocă dintre soți fiind calități intrinseci ale acestui popor.

În cazul societăților „primitive” de tip tribal, africane, australiene sau polineziene, întâlnim aspecte diferite, deosebit de interesante ca forme specifice de comportament psihosexual în raport cu mentalitățile și culturile acestora.

Cea mai mare greșeală care s-a făcut în această privință este faptul că modele de comportament ale acestor grupe etnoculturale au fost analizate și judecate din punctul de vedere al culturii și moralei europene creștine. Or, un grup etnocultural nu poate fi înțeles și cunoscut în mod autentic decât pornindu-se de la propriile sale criterii valorice culturale, etnice, de la mentalitatea și formele de reprezentare a acesteia. Conduitele societăților se sprijină pe sisteme religioase și pe principii de viață complet diferite de cele europene. Religiiile lor, de factură totemică, pun probleme speciale legate de tipul de înrudire în interiorul clanurilor, acestea reprezentând „mari

familiei" raportate la un strămoș ancestral comun, unic, ceea ce face ca problema incestului să aibă un caracter diferit de modul în care se pune în aria culturii europene. Exogamia se va concretiza în aceste situații prin acceptarea relațiilor sexuale și a căsătoriilor între indivizi aparținând unor clanuri diferite.

Exemplele variațiilor etnoculturale ale modelelor de comportamente psihosexuale pot continua. Ele traduc faptul că atitudinea față de sex, relațiile sexuale, căsătoria, modul de creștere a copiilor sunt dictate de normele modelelor socioculturale respective și că acestea sunt puternic marcate de credințele și practicile religioase ale societăților respective.

B. Malinowski afirmă că, din punct de vedere psihologic, o organizare umană se bazează pe sentimente, pe atitudini complex construite, și nu pe tendințele instinctive inferioare, inconștiente. În sensul acesta, socializarea umană crește o dată cu dezvoltarea gradului de cultură care antrenează anumite legături culturale în sfera organizării sociale. Ele transformă reacțiile instinctive în comportamente culturale. Cultura reprezintă, în cazul acesta, antrenarea, adaptarea și organizarea emoțiilor umane în sisteme complexe, dirijând astfel normativ grupul uman respectiv.

Importanța factorilor culturali de acțiune „represiv-modelatorie” a instinctelor primare, a tendințelor și pulsiunilor individuale sau de grup este majoră. În sensul acesta, B. Malinowski afirmă că în toate situațiile „cultura începe cu reprimarea instinctelor”, subliniind prin aceasta valoarea factorilor culturali, a normelor moral-religioase, ca factori primari, esențiali, atât în formarea personalității, cât și în procesul de modelare-normare a conduitelor umane.

În materie de sexualitate și comportament psihosexual, valorile morale și religioase ale modelului sociocultural joacă un rol esențial, traductibil în planul formal prin „ritualizarea” relațiilor sociosexuale și familiale dintre partenerii viitorului cuplu sexual sau ai cuplului sexual constituit.

În esență, din punct de vedere psihologic, în toate situațiile, avem de-a face tot cu o dinamică a pulsiunilor primare, în sens psihanalitic. Din punct de vedere formal, permisivitatea sau acceptarea acestor pulsiuni ca forme de manifestare socială se va realiza în forme sublimative foarte variate, dintre care ritualurile sunt cele ce primează. Majoritatea autorilor admit că la baza acestor ritualuri extrem de diferite și complicate stă aceeași categorie de pulsiuni, dar că forma lor de manifestare variază în raport cu mentalitatea tradițiilor și valorilor modelului sociocultural la care facem referință.